MISSIONARY MEDICAL

공개 허가서 보호된 건강 정보(PHI)

귀하에게 의학적 치료가 필요할 경우, 선교부 회장이 귀하가 병원에서 의사의 치료를 받을 수 있도록 허가합니다. 의료 제공자는 "보호된 건강 정보(PHI)"로 알려진 건강에 관한 정보를 귀하의 허가 없이 누구와도 공유하지 않습니다. 이 양식을 작성할 경우, 귀하는 자신의 진료 정보를 선교부 회장 및 또는 교회 의사에게 공개하도록 허가하게 됩니다.

정보가 공개될 개인의 성명

선교사 이름	DMBA ID(사용 가능한 경우)	생년월일

본인은 ________________________________(의료 제공자나 시설)이 본인의 보호된 건강 정보를 선교부 회장 및 의료 고문을 비롯한 ________________________________ 선교부의 지도부에 공개하는 것을 허가합니다.

주소
시, 주, 우편번호
전화번호

공개될 정보: 신체 건강과 정신건강 관련 정보(심리치료 노트 제외), 모든 보험, 청구, 지급, 혜택 정보, 모든 증상, 진단, 치료, 예후, 검진 결과, 과거, 현재 또는 미래의 건강과 관련된 약물치료 기록을 포함하는 본인의 의료 기록

정보 공개 목적: 선교사로서 본인의 건강과 체력에 대한 전반적인 평가를 위해, 그리고 예수 그리스도 후기 성도 교회 선교사로 봉사하는 동안 본인의 건강 관리 및 행정을 위해 정보를 공개합니다.

만료일: 이 허가서는 선교 활동 시작일로부터 본인이 선교 활동을 마친 후 1년까지 유효하며, 그 전에 서면으로 취소하지 않는 한 유효합니다.

서명: 본인은 위의 정보가 사실이며 완전함을 보증합니다. 본인은 이 허가서의 사본을 받을 권리가 있습니다. 본인은 Deseret Mutual Benefit Administrators에 서한을 보내 이 허가를 철회할 수 있습니다. 수신자: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. 철회는 앞으로 일어나는 행위에 대해서만 유효하며, 본인의 철회 서한을 받기 전에 발생하는 어떤 행위에도 유효하지 않습니다. 이 허가서에 따라 사용되거나 공개된 모든 정보는 재공개될 수 있습니다. 그러므로 개인 정보 보호 규정에 의해 더 이상 보호되지 않을 수 있습니다..

관련 법률이 달리 허가하지 않는 한, 이 허가서에 따라 이루어지는 치료, 지급, 등록 또는 적용 가능한 의료 서비스 자격은 본인이 이 허가서를 제공하는 것을 조건으로 삼지 않습니다. 하지만, 본인은 이 허가서에 서명하기를 거부하거나 이 허가서를 철회할 경우, 예수 그리스도 후기 성도 교회의 선교사로서 봉사할 본인의 자격에 영향을 미칠 수 있다는 점을 이해하고 동의합니다.

선교사 서명: ____ 일자: ________________