

Autorización para revelar información Información médica protegida

Si usted necesita atención médica, su presidente de misión autoriza a médicos y hospitales para que lo atiendan. Los proveedores médicos no compartirán información sobre su salud, conocida como "Información médica protegida" (PHI, por sus siglas en inglés), con nadie sin el permiso de usted. Al completar este formulario, usted autoriza a su presidente de misión y/o a los médicos de la Iglesia a estar informados de su condición.

Nombre del misionero: _____ Fecha de nacimiento: _____

Yo autorizo a _____ a que revele información en cuanto a la Información médica protegida a la siguiente organización:

Misión: _____

Presidente de misión y/o Asesor médico: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____

Número(s) de teléfono: _____

Información a revelar: Mis registros médicos, incluida la información sobre salud física y mental (excepto las anotaciones de las sesiones de psicoterapia); toda la información sobre seguros, reclamaciones, pagos y prestaciones; todos los síntomas, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, resultados de laboratorio y medicamentos relacionados con mi salud pasada, presente o futura.

Propósito para revelar información: Para la evaluación general de mi salud y aptitud física para servir como misionero, así como para la gestión y administración de mi atención médica mientras sirva como misionero de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida desde la fecha de ejecución hasta un año después de ser relevado de mi misión, a menos que se revoque por escrito antes de ese momento.

Firma: Declaro que la información anterior es verdadera y completa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización por escrito dirigiéndome a Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical Department, PO Box 45730, Salt Lake City, UT 84145-0730, EE. UU. La revocación sólo será válida para actos futuros, pero no para ninguna acción previa a la recepción de ésta. Cualquier información utilizada o revelada en relación con esta autorización podría estar sujeta a una redivulgación y, por tanto, podría estar exenta de las regulaciones de privacidad.

El tratamiento, el pago, la suscripción o la elegibilidad de la posible atención médica NO dependerá de que facilite o no esta autorización, excepto donde lo permita la ley vigente. Sin embargo, entiendo y acepto que mi negativa a firmar o mi revocación de esta autorización podría afectar mi elegibilidad para servir o continuar sirviendo como misionero de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Firma del misionero: _____ Fecha: _____