



## AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Si necesita atención médica, su presidente de misión autoriza a los doctores y hospitales a brindarle atención. Los proveedores de atención médica no compartirán información sobre su salud, conocida como "información médica protegida" (PHI, por sus siglas en inglés), con nadie sin su permiso. Al completar este formulario, autoriza a su presidente de misión y/o a los doctores de la Iglesia a recibir información sobre su atención.

### Nombre del individuo cuya información se publicará

NOMBRE DEL MISIONERO(A)	DMBA ID (SI ESTÁ DISPONIBLE)	FECHA DE NACIMIENTO
-------------------------	------------------------------	---------------------

Autorizo \_\_\_\_\_ (proveedor o centro médico) a divulgar mi información médica protegida al liderazgo de la Misión \_\_\_\_\_, incluido su presidente de misión y asesor médico.

DIRECCIÓN
CIUDAD, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL
NÚMERO(S) DE TELÉFONO

**Información a divulgarse:** Mis registros médicos, incluida la información respecto de mi salud física y mental (excluidas las notas de psicoterapia), toda la información sobre seguros, reclamaciones, pagos y beneficios, todos los síntomas, diagnósticos, tratamientos, pronósticos, resultados de laboratorio, medicamentos relacionados con mi salud pasada, presente o futura.

**Por qué se divulga la información:** Para la evaluación general de mi salud y aptitud para servir como misionero, y para la gestión y administración de mi atención médica mientras presto servicio 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:** Certifico que la información anterior es verdadera y completa. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Puedo revocar esta autorización escribiendo a Deseret Mutual Benefit Administrators, Atención: Missionary Medical Department, apartado de correos 45730, Salt Lake City, UT 84145, EE. UU. La revocación será válida únicamente para actos futuros y no será válida para cualquier acción previa a la recepción de mi revocación. Cualquier información usada o divulgada en virtud de esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y puede, por tanto, ya no estar protegida por las regulaciones de privacidad.

El tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para la atención médica correspondiente no estarán condicionados por mi entrega o falta de entrega de esta autorización, salvo que, de cualquier otra manera, la ley aplicable lo permita. Sin embargo, comprendo y estoy de acuerdo con que rehusarme a firmar esta autorización o revocarla puede 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: \_\_\_\_\_