



## PAHINTULOT SA PAGBABAHAGI PROTEKTADONG IMPORMASYON NG KALUSUGAN

Kung nangangailangan ka ng atensyong medikal, pinahihintulutan ng iyong mission president ang mga doktor at ospital na suriin ka. Hindi ibabahagi ng mga manggagamot ang impormasyon ukol sa iyong kalusugan, kilala rin bilang "protektadong impormasyon ng kalusugan (protected health information)" (PHI), kaninuman kung wala ang iyong pahintulot. Sa pagsagot sa form na ito, pinahihintulutan mo ang iyong mission president at/o ang mga doktor ng Simbahan na malaman ang tungkol sa iyong kalagayan.

### Pangalan ng Indibidwal na ang Impormasyon ay Ibahagi

PANGALAN NG MISSIONARY	DMBA ID (KUNG AVAILABLE)	PETSA NG KAPANGANAKAN
------------------------	--------------------------	-----------------------

Pinahihintulutan ko si/ang \_\_\_\_\_ (doktor o medikal na pasilidad) na ibahagi ang aking protektadong impormasyon ng kalusugan sa pamunuan ng \_\_\_\_\_ Mission, kabilang na ang Mission President at Medikal na Tagapayo nito.

ADDRESS
LUNGSOD, LALAWIGAN, AT ZIP CODE
TELEPONO

**Impormasyong Ibahagi:** Ang aking mga talang medikal, kabilang na ang impormasyon ukol sa pangkalusugang pisikal at mental (maliban sa mga talang psychotherapy), lahat ng insurance, mga claim, bayad, at impormasyon ukol sa benepisy, lahat ng mga sintomas, pagsisiyasat (diagnoses), panggagamot, pagbababala (prognosis), resulta ng pagsusuri ng laboratoryo, gamot na may kinalaman sa aking nakaraan, kasalukuyan, at panghinaharap na kalusugan.

**Layon ng Pagbabahagi ng Impormasyon:** Para sa pangkalahatang pagsusuri ng aking kalusugan at kalakasan ng katawan bago makapaglingkod bilang missionary, at para sa pamamahala at pangangasiwa ng pag-aalaga ng aking kalusugan habang naglilingkod bilang missionary ng Ang Simbahan ni Jesucristo ng mga Banal sa mga Huling Araw.

**Petsa ng Kawalang-bisa:** Ang pahintulot na ito ay may bisa mula sa petsa ng pagpapatupad hanggang isang taon matapos akong i-release mula sa aking mission, maliban na lamang kung babawiin sa pamamagitan ng liham bago iyon.

**Lagda:** Pinatutunayan ko na ang impormasyong isiniaad sa taas ay totoo at tama. May karapatan akong tumanggap ng kopya ng pahintulot na ito. Maari kong bawiin ang pahintulot na ito sa pamamagitan ng pagpapadala ng liham sa Deseret Mutual Benefit Administrators, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. May bisa lamang ang pagbawi sa mga panghinaharap at walang bisa sa mga dating naisagawa na bago natanggap ang aking liham ng pagbawi. Anumang impormasyong ginamit o ibinahagi bago ang pahintulot na ito ay maaring sumailalim sa muling pagbabahagi, at maaring hindi na sumailalim sa proteksyon ng mga tuntunin sa pagkapribado.

Ang pagpapagamot, pagbabayad, pagsali, o pagiging karapat-dapat sa angkop na pangangalagang medikal ay hindi mahihinto sa pagbibigay ko ng pahintulot na ito maliban na lamang kung pinapayagan ng naayong batas. Subalit, aking nauunawaan at sinasang-ayunan na ang pagtutol ko sa paglagda o pagbawi sa pahintulot na ito ay maaring makaapekto sa pagiging karapat-dapat ko na maglingkod o magpatuloy sa aking paglilingkod bilang missionary ng Ang Simbahan ni Jesucristo ng mga Banal sa mga Huling Araw.

Lagda ng Missionary: \_\_\_\_\_ Petsa: \_\_\_\_\_