



AUTORISATION D'UTILISER ET/OU DE COMMUNIQUER LE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SUR LA SANTÉ

Nom de individu dont les informations seront diffusées

NOM DU MISSIONNAIRE	NUMÉRO DE DMBA (SI DISPONIBLE)	DATE DE NAISSANCE
---------------------	--------------------------------	-------------------

Qui peut divulguer les renseignements : L'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours et ses organismes affiliées, y compris l'administrateur des prestations Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); les partenaires commerciaux de DMBA; et tout autre fournisseur ou établissement de soins médicaux (y compris les professionnels de santé mentale) qui m'ont prescrit des traitements antérieurs ou ultérieurs à cette autorisation.

Qui peut recevoir renseignements :

- DMBA, y compris son Missionary Medical Department et ses partenaires commerciaux (tels que Aetna, United Healthcare et leurs partenaires / fournisseurs / médecins / établissements médicaux affiliés)
- Les représentants et les employés du département de l'œuvre Missionnaire et la Division de gestion du risque de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
- Les Autorités générales de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
- Mon président de mission et sa femme. Cela comprend les présidents de sites historiques, les présidents de temples et les directeurs de centres d'accueil des visiteurs et leurs épouses.
- Les personnes qui servent au sein du Conseil de santé de la mission
- Les dirigeants de la prêtrise de mon unité d'origine (l'évêque et le président de pieu) et les greffiers qui assistent mes dirigeants locaux de la prêtrise (greffiers de paroisse et de pieu)
- Le personnel de formation des Missionnaire (MTC)
- Le personnel du centre médical des étudiants de BYU (BYU Student Health Center)
- Mes parents/tuteurs indiqués ci-dessous (si la case n'est pas cochée, cela équivaut à un « oui ») :

Oui Non

NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE
NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE

Oui Non

- Autres personnes désignées ci-dessous à ma discrétion :

NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE
NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE

Renseignements à communiquer : Mes renseignements personnels de santé (RPS). Les RPS sont des renseignements transmis ou conservés par un prestataire de soins médicaux ou un organisme d'assurance maladie permettant d'identifier l'état de santé passé, présent ou à venir d'une personne, sur le plan, physique ou mental. Ils comprennent, entre autres, les dossiers médicaux, les symptômes, les diagnostics, les traitements, les pronostics, les résultats d'examens, les médicaments et les renseignements relatifs à l'assurance, aux déclarations et aux paiements.

But de la communication des renseignements : Pour l'évaluation globale de ma santé et de mon aptitude à servir comme missionnaire, afin de coordonner et de gérer mes appels durant ma mission, et pour la gestion et l'administration de mes soins de santé pendant que je suis missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Date d'expiration : Cette autorisation est valable à compter de sa date d'exécution et pendant un douze mois à la fin de ma mission sauf si elle est révoquée par écrit avant ce terme. Je peux révoquer cette autorisation en écrivant à DMBA: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145, États-Unis. La révocation ne prendra effet qu'après sa réception par le DMBA et ne s'appliquera pas à l'utilisation et/ou à la communication des renseignements personnels de santé antérieurs à la réception.

Signature : Je déclare que les renseignements ci-dessus sont vrais et exacts. J'ai le droit de recevoir un exemplaire de cette autorisation. Tout renseignement utilisé ou communiqué en vertu de cette autorisation peut faire l'objet d'une nouvelle divulgation et ne jouira donc plus de la protection offerte par les règles sur la protection de la vie privée. Les traitements, paiements, admissions ou éligibilité aux soins médicaux éventuels ne seront pas conditionnés à la fourniture préalable de cette autorisation, sauf si la loi en vigueur l'exige. Cependant, je comprends et j'accepte que mon refus de signer cette autorisation ou le fait de la révoquer peut m'empêcher de servir ou de continuer de servir comme missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Signature du missionnaire : _____ Date : _____



AUTORISATION D'UTILISER ET/OU DE COMMUNIQUER DES NOTES DE PSYCHOTHÉRAPIE

Nom de individu dont les informations seront diffusées

NOM DU MISSIONNAIRE	NUMÉRO DE DMBA (SI DISPONIBLE)	DATE DE NAISSANCE
---------------------	--------------------------------	-------------------

Qui peut divulguer les renseignements : L'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours et ses organismes affiliées, y compris l'administrateur des prestations Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); les partenaires commerciaux de DMBA; et tout autre fournisseur ou établissement de soins médicaux (y compris les professionnels de santé mentale) qui m'ont prescrit des traitements antérieurs ou ultérieurs à cette autorisation.

Qui peut recevoir renseignements :

- DMBA, y compris son Missionary Medical Department et ses partenaires commerciaux (tels que Aetna, United Healthcare et leurs partenaires / fournisseurs / médecins / établissements médicaux affiliés)
- Les représentants et les employés du département de l'œuvre Missionnaire et la Division de gestion du risque de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
- Les Autorités générales de l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours
- Mon président de mission et sa femme. Cela comprend les présidents de sites historiques, les présidents de temples et les directeurs de centres d'accueil des visiteurs et leurs épouses.
- Les personnes qui servent au sein du Conseil de santé de la mission
- Les dirigeants de la prêtrise de mon unité d'origine (l'évêque et le président de pieu) et les greffiers qui assistent mes dirigeants locaux de la prêtrise (greffiers de paroisse et de pieu)
- Le personnel de formation des Missionnaire (MTC)
- Le personnel du centre médical des étudiants de BYU (BYU Student Health Center)
- Mes parents/tuteurs indiqués ci-dessous (si la case n'est pas cochée, cela équivaut à un « oui ») :

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE

- Autres personnes désignées ci-dessous à ma discrétion :

NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE
NOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE

Renseignements à communiquer : Mes notes de psychothérapie, notamment les notes enregistrées sur tout support quelconque par un professionnel de la santé mentale, qui documentent ou analysent des séances de consultations privée, de groupée, conjointes ou familiales et sont conservées séparément du reste de mon dossier médical.

But de la communication des renseignements : Pour l'évaluation globale de ma santé et de mon aptitude à servir comme missionnaire, afin de coordonner et de gérer mes appels durant ma mission et, pour la gestion et l'administration de mes soins de santé pendant que je suis missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Date d'expiration : Cette autorisation est valable à compter de sa date d'exécution et pendant un douze mois après la fin de ma mission sauf si elle est révoquée, par écrit, avant ce terme. Je peux révoquer cette autorisation en écrivant à DMBA: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145, États-Unis. La révocation ne prendra effet qu'après sa réception par DMBA et ne s'appliquera pas à l'utilisation et/ou à la communication des renseignements personnels de santé antérieurs à sa réception.

Signature : Je déclare que les renseignements ci-dessus sont vrais et exacts. J'ai le droit de recevoir un exemplaire de cette autorisation. Tout renseignement utilisé ou communiqué en vertu de cette autorisation peut faire l'objet d'une nouvelle divulgation et ne jouirait donc plus de la protection offerte par les règles sur la protection de la vie privée. Les traitements, , paiements, admissions ou éligibilités aux soins médicaux éventuels ne seront pas conditionnés à la fourniture préalable de cette autorisation, sauf si la loi en vigueur l'exige. Cependant, je comprends et j'accepte que mon refus de signer cette autorisation ou le fait de la révoquer peut m'empêcher de servir ou de continuer comme missionnaire pour l'Église de Jésus-Christ des Saints des Derniers Jours.

Signature du missionnaire : _____ Date : _____