



## OTORISASI PENGGUNAAN DAN PENGUNGKAPAN INFORMASI KESEHATAN YANG DILINDUNGI

### Nama Orang Yang Informasinya Akan Diberikan

NAMA	DMBA ID (JIKA TERSEDIA)	TANGGAL LAHIR
------	-------------------------	---------------

**Pihak yang Dapat Memberikan Informasi:** Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir dan afiliasi entitasnya, termasuk Deseret Mutual Benefits Administrators (DMBA), rekan usaha DMBA, dan setiap dan semua penyedia dan/atau fasilitas layanan kesehatan (termasuk tenaga profesional kesehatan jiwa) yang merawat saya sebelum atau sesudah otorisasi ini.

### Pihak yang Dapat Menerima Informasi:

- DMBA, termasuk Missionary Medical Department (Departemen Medis Misionaris) dan rekan bisnisnya (seperti Aetna, United Healthcare, dan mitra afiliasi / penyedia / dokter / fasilitas medis mereka)
- Perwakilan dan karyawan Departemen Misionaris dan Divisi Manajemen Risiko dari Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir
- Otoritas Umum Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir
- Presiden misi saya dan pasangan beliau. Termasuk juga presiden situs bersejarah, presiden bait suci, dan para direktur pusat informasi serta pasangan mereka.
- Orang-orang yang melayani di Mission Health Council (Dewan Kesehatan Misi)
- Para pemimpin imamat unit rumah saya (seperti misalnya uskup dan presiden pasak (stake president)) dan para petugas (clerk) yang mungkin membantu para pemimpin imamat setempat saya (seperti misalnya petugas wilayah dan pasak (ward and stake clerks))
- Personel Missionary Training Center (Pusat Pelatihan Misionaris)
- Personel Pusat Layanan Kesehatan Mahasiswa BYU
- Orang tua/wali saya sebagaimana yang disebutkan di bawah ini (jika tidak dicentang, dianggap "ya"):

Ya  Tidak

NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR
NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR

Ya  Tidak

- Orang lainnya yang saya tentukan sesuai kehendak saya sebagai berikut:

NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR
NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR

**Informasi yang Akan Diberikan:** Informasi kesehatan saya yang dilindungi (PHI). PHI merupakan informasi yang dapat mengidentifikasi individu tentang kesehatan fisik dan mental seseorang di masa lalu, masa kini, atau di masa depan yang disimpan atau dikirimkan oleh penyedia layanan kesehatan atau program kesehatan. PHI termasuk, namun tidak terbatas pada, rekam medis, diagnosis gejala, perawatan, prognosis, hasil laboratorium, pengobatan, dan informasi tentang klaim dan pembayaran asuransi.

**Tujuan Memberikan Informasi:** Untuk evaluasi kesehatan dan kebugaran saya secara keseluruhan untuk melayani sebagai misionaris, dan untuk pengelolaan dan administrasi layanan kesehatan saya selama melayani sebagai misionaris bagi Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir.

**Tanggal Kedaluwarsa:** Otorisasi ini berlaku sejak tanggal penandatanganan hingga satu tahun setelah saya dibebastugaskan dari misi saya, kecuali apabila dicabut secara tertulis sebelum itu. Saya dapat mencabut otorisasi ini secara tertulis kepada DMBA, Untuk Perhatian: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Pencabutan mulai berlaku hanya setelah diterima oleh DMBA dan pencabutan tersebut tidak akan berlaku terhadap penggunaan dan/atau pengungkapan PHI yang terjadi sebelum pencabutan tertulis tersebut diterima oleh DMBA.

**Tanda Tangan:** Saya menyatakan bahwa informasi tersebut di atas adalah benar dan lengkap. Saya berhak menerima salinan otorisasi ini. Setiap informasi yang digunakan atau diungkapkan sesuai dengan otorisasi ini dapat tunduk pada pengungkapan kembali dan, oleh karena itu, mungkin tidak lagi terlindungi oleh peraturan privasi. Perawatan, pembayaran, pendaftaran masuk, atau kelayakan untuk menerima layanan medis yang berlaku tidak akan tunduk pada syarat diberikannya otorisasi ini kecuali sebagaimana yang diizinkan sebaliknya oleh hukum yang berlaku. Akan tetapi, saya memahami dan setuju bahwa penolakan saya untuk menandatangani atau mencabut saya atas otorisasi ini dapat memengaruhi kelayakan saya untuk melayani atau terus melayani sebagai misionaris bagi Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir.

Tanda Tangan Misionaris: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_



## OTORISASI PENGGUNAAN DAN PENGUNGKAPAN CATATAN PSIKOTERAPI

### Nama Orang Yang Informasinya Akan Diberikan

NAMA	DMBA ID (JIKA TERSEDIA)	TANGGAL LAHIR
------	-------------------------	---------------

**Pihak yang Dapat Memberikan Informasi:** Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir dan afiliasi entitasnya, termasuk Deseret Mutual Benefits Administrators (DMBA), rekan usaha DMBA, dan setiap dan semua penyedia dan/atau fasilitas layanan kesehatan (termasuk tenaga profesional kesehatan jiwa) yang merawat saya sebelum atau sesudah otorisasi ini.

### Pihak yang Dapat Menerima Informasi:

- DMBA, termasuk Missionary Medical Department (Departemen Medis Misionaris) dan rekan bisnisnya (seperti Aetna, United Healthcare, dan mitra afiliasi / penyedia / dokter / fasilitas medis mereka)
- Perwakilan dan karyawan Departemen Misionaris dan Divisi Manajemen Risiko dari Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir
- Otoritas Umum Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir
- Presiden misi saya dan pasangan beliau. Termasuk juga presiden situs bersejarah, presiden bait suci, dan para direktur pusat informasi serta pasangan mereka.
- Orang-orang yang melayani di Mission Health Council (Dewan Kesehatan Misi)
- Para pemimpin imam unit rumah saya (seperti misalnya uskup dan presiden pasak (stake president)) dan para petugas (clerk) yang mungkin membantu para pemimpin imam setempat saya (seperti misalnya petugas wilayah dan pasak (ward and stake clerks))
- Personel Missionary Training Center (Pusat Pelatihan Misionaris)
- Personel Pusat Layanan Kesehatan Mahasiswa BYU
- Orang tua/wali saya sebagaimana yang disebutkan di bawah ini (jika tidak dicentang, dianggap "ya"):

Ya  Tidak

NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR
NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR

Ya  Tidak

- Orang lainnya yang saya tentukan sesuai kehendak saya sebagai berikut:

NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR
NAMA	HUBUNGAN	TANGGAL LAHIR

**Informasi yang Akan Diberikan:** Catatan psikoterapi saya, termasuk catatan yang dicatat dalam setiap media oleh tenaga profesional kesehatan jiwa yang mendokumentasikan atau menganalisis percakapan dari sesi konseling pribadi, kelompok, gabungan, atau keluarga dan yang terpisah dari rekam medis saya lainnya.

**Tujuan Memberikan Informasi:** Untuk evaluasi kesehatan dan kebugaran saya secara keseluruhan untuk melayani sebagai misionaris, dan untuk pengelolaan dan administrasi layanan kesehatan saya selama melayani sebagai misionaris bagi Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir.

**Tanggal Kedaluwarsa:** Otorisasi ini berlaku sejak tanggal penandatanganan hingga satu tahun setelah saya dibebastugaskan dari misi saya, kecuali apabila dicabut secara tertulis sebelum itu. Saya dapat mencabut otorisasi ini secara tertulis kepada DMBA, Untuk Perhatian: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Pencabutan mulai berlaku hanya setelah diterima oleh DMBA dan pencabutan tersebut tidak akan berlaku terhadap penggunaan dan/atau pengungkapan PHI yang terjadi sebelum pencabutan tertulis tersebut diterima oleh DMBA.

**Tanda Tangan:** Saya menyatakan bahwa informasi tersebut di atas adalah benar dan lengkap. Saya berhak menerima salinan otorisasi ini. Setiap informasi yang digunakan atau diungkapkan sesuai dengan otorisasi ini dapat tunduk pada pengungkapan kembali dan, oleh karena itu, mungkin tidak lagi terlindungi oleh peraturan privasi. Perawatan, pembayaran, pendaftaran masuk, atau kelayakan untuk menerima layanan medis yang berlaku tidak akan tunduk pada syarat diberikannya otorisasi ini kecuali sebagaimana yang diizinkan sebaliknya oleh hukum yang berlaku. Akan tetapi, saya memahami dan setuju bahwa penolakan saya untuk menandatangani atau pencabutan saya atas otorisasi ini dapat memengaruhi kelayakan saya untuk melayani atau terus melayani sebagai misionaris bagi Gereja Yesus Kristus dari Orang-orang Suci Zaman Akhir.

Tanda Tangan Misionaris: \_\_\_\_\_ Tanggal: \_\_\_\_\_