



## AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E/OU DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES SIGILOSAS DE SAÚDE

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada

NOME DO MISSIONÁRIO	DMBA ID (SE DISPONÍVEL)	DATA DE NASCIMENTO
---------------------	-------------------------	--------------------

**Quem Pode Liberar as Informações:** A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas inclusive o Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) e suas associados; e todos e quaisquer outros prestadores de cuidados de saúde e/ou instalações (incluindo profissionais de saúde mental) que me trataram antes ou depois esta autorização.

**Quem Pode Receber Informações:**

- DMBA, inclusive o Missionary Medical Department e seus associados de negócios (como Aetna, United Healthcare, e seus parceiros afiliados/provedores/ médicos/instalações médicas)
- Representantes e funcionários do Departamento Missionário e da Divisão de Gerenciamento de Risco de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
- Autoridades Gerais de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
- Meu presidente de missão e sua esposa. Isso inclui presidentes de lugares históricos, presidentes de templos, e diretores de centros de visitantes e suas esposas.
- Pessoas que servem no Conselho de Saúde da Missão
- Os líderes do sacerdócio da minha ala de origem (tais como o bispo e o presidente da estaca) e os secretários que possam auxiliar meus líderes locais do sacerdócio (tais como secretário de ala e estaca)
- Funcionários do Centro de Treinamento Missionário (MTC)
- Funcionários do Centro de saúde do estudantes da BYU (BYU Student Health Center)
- Meus pais/guardiães, como indicado abaixo (se o quadrado não estiver assinalado, presume-se que seja "sim"):

Sim  Não

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

Sim  Não

10. Outros que eu designar segundo meu critério, como segue:

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

**A Informação a Ser Liberada:** Informações protegidas sobre minha saúde pessoal (ISS). As ISS são informações identificáveis individualmente sobre o passado, presente ou futuro da saúde física ou mental de uma pessoa, que são mantidas ou transmitidas por um prestador de serviços médicos ou plano de saúde. As ISS incluem, mas não são limitadas a: registros médicos, sintomas, diagnósticos, tratamentos, prognósticos, resultados de exames laboratoriais, medicamentos e informações sobre seguros, reclamações e pagamentos.

**O Propósito de Liberar a Informação:** Para a avaliação geral de minha saúde e aptidão física para servir como missionário, e para coodenar e administrar minhas designações missionárias, e para administração de meus cuidados de saúde enquanto server como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

**Data do Vencimento:** Essa autorização é válida partir da data de assinatura até 12 meses após depois que eu for desobrigado da missão , a menos que seja cancelada por escrito antes dessa data. Posso cancelar essa autorização escrevendo ao DMBA, aos cuidados do: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. O cancelamento se torna efetivo apenas depois do recebimento pelo DMBA e não se aplica ao uso e/ou divulgação de ISS que ocorram antes de o cancelamento por escrito ser recebida.

**Assinatura:** Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas. Tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Qualquer informação usada ou divulgada de acordo com esta autorização pode estar sujeita a outra divulgação e pode, portanto, não mais ser protegida pelos regulamentos referentes à privacidade. Tratamentos, pagamentos, inscrições ou aprovações para cuidados médicos aplicáveis não serão condicionados ao fornecimento desta autorização a não ser que seja permitido pela lei aplicável. Entretanto, compreendo e concordo que recusa em assinar esta autorização pode afetar minha aprovação para servir ou continuar servindo como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do Missionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



## AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E/OU DIVULGAÇÃO ANOTAÇÕES DE PSICOTERAPIA

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada

NOME DO MISSIONÁRIO	DMBA ID (SE DISPONÍVEL)	DATA DE NASCIMENTO
---------------------	-------------------------	--------------------

**Quem Pode Liberar as Informações:** A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas inclusive o Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA) e suas associados; e todos e quaisquer outros prestadores de cuidados de saúde e/ou instalações (incluindo profissionais de saúde mental) que me trataram antes ou depois esta autorização.

**Quem Pode Receber Informações:**

- DMBA, inclusive o Missionary Medical Department e seus associados de negócios (como Aetna, United Healthcare, e seus parceiros afiliados/provedores/médicos/instalações médicas)
- Representantes e funcionários do Departamento Missionário e da Divisão de Gerenciamento de Risco de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
- Autoridades Gerais de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
- Meu presidente de missão e sua esposa. Isso inclui presidentes de lugares históricos, presidentes de templos, e diretores de centros de visitantes e suas esposas.
- Pessoas que servem no Conselho de Saúde da Missão
- Os líderes do sacerdócio da minha ala de origem (tais como o bispo e o presidente da estaca) e os secretários que possam auxiliar meus líderes locais do sacerdócio (tais como secretário de ala e estaca)
- Funcionários do Centro de Treinamento Missionário (MTC)
- Funcionários do Centro de saúde do estudantes da BYU (BYU Student Health Center)
- Meus pais/guardiães, como indicado abaixo (se o quadrado não estiver assinalado, presume-se que seja "sim"):

Sim  Não

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

Sim  Não

- Outros que eu designar segundo meu critério, como segue:

NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO
NOME	PARENTESCO	DATA DE NASCIMENTO

**A Informação a Ser Liberada:** Minhas anotações de psicoterapia, inclusive observações registradas em qualquer meio por um profissional da área de saúde mental que tenha documentado ou analisado os conteúdo das conversas durante uma sessão de aconselhamento particular, de um grupo, junta ou sessão de aconselhamento familiar e que estejam separadas do restante do meu registro médico.

**O Propósito de Liberar a Informação:** Para a avaliação geral da minha saúde e aptidão física para servir como missionário, para coordenar e administrar minhas designações missionárias, e para a administração dos meus cuidados de saúde enquanto servir como missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

**Data do Vencimento:** Essa autorização é válida a partir da data de assinatura até 12 meses depois que eu for desobrigado da missão, a menos que seja cancelada por escrito antes dessa data. Posso cancelar essa autorização escrevendo ao DMBA, aos cuidados do: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. O cancelamento se torna efetivo apenas depois do recebimento pelo DMBA ou e não se aplica ao uso e/ou divulgação de ISS que ocorram antes de que o cancelamento por escrito seja recebido.

**Assinatura:** Declaro que as informações acima são verdadeiras e completas. Tenho o direito de receber uma cópia desta autorização. Qualquer informação usada ou divulgada de acordo com esta autorização pode estar sujeita a outra divulgação e pode, portanto, não mais ser protegida pelos regulamentos referentes à privacidade. Tratamentos, pagamentos, inscrições ou aprovações para cuidados médicos aplicáveis não serão condicionados ao fornecimento desta autorização, a não ser que seja permitido pela lei aplicável. Entretanto, compreendo e concordo que minha recusa em assinar esta autorização ou se eu a cancelar pode afetar minha aprovação para servir ou continuar servindo missionário de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do Missionário: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_