



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorização para usar e/ou divulgar informações protegidas sobre saúde

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada: _____

Nome do Missionário: _____ Número de DMBA: _____

Quem Pode Divulgar os Dados: A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas inclusive o Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); associados comerciais da DMBA; e todos e quaisquer prestadores de serviços de saúde e/ou instalações (incluindo profissionais de saúde mental) que tenham me tratado antes ou após esta autorização.

Quem Pode Receber os Dados:

1. DMBA, inclusive o Departamento Médico Missionário
2. Representantes e funcionários do Departamento Missionário e da Divisão de Gerenciamento de Risco de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
3. Autoridades Gerais d'A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
4. O presidente de minha missão e sua esposa
5. Indivíduos que servem no Conselho de Saúde da Missão
6. Meus líderes do sacerdócio da unidade de origem (como o bispo e o presidente da estaca) e os secretário que podem auxiliar meus líderes locais do sacerdócio (como secretário de ala e estaca)
7. Pessoal do Centro de Treinamento Missionário
8. Pessoal do Centro de Saúde do Estudante do BYU (BYU Student Health Center)
9. Meus pais/guardiães, como indicado abaixo (se o quadrado não estiver assinalado, presume-se que seja "sim"):
 - Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
 - Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
10. Outros que eu designar segundo meu critério, como segue:
 - Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
 - Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

Dados a Serem Divulgados: Informações sobre minha saúde pessoal (ISS) e a de meus filhos dependentes menores de idade. 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, remédios e informações sobre seguros, reclamações e pagamentos.

Propósito da Divulgação de Dados: Para a avaliação geral de minha saúde e aptidão física para servir como missionária, e para gerenciamento e administração de minha saúde enquanto estiver servindo para A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Prazo de Validade: Esta autorização é válida da data de execução até 12 meses após eu ser desobrigado de meu serviço, a menos que revogada por escrito antes dessa data. Posso revogar esta autorização por escrito a DMBA, aos cuidados do: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. A revogação torna-se efetiva apenas após o recebimento pela DMBA e não se aplica ao uso e/ou divulgação de ISS que ocorram antes de a revogação por escrito ser recebida pela DMBA.

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 essa autorização pode estar sujeita a uma outra divulgação e pode, portanto, não mais ser protegida pelos regulamentos referentes à privacidade. Tratamentos, pagamentos, inscrições ou aprovações para tratamentos médicos aplicáveis não serão condicionados ao fornecimento desta autorização a não ser que isso seja permitido pela lei aplicável. Entretanto, compreendo e concordo que minha recusa em assinar ou meu cancelamento desta autorização pode afetar minha aprovação para servir ou continuar servindo para A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do Missionário: _____ Data: _____



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorização para usar e/ou divulgar anotações de psicoterapia

Nome do indivíduo cuja informação será divulgada:

Nome do Missionário: _____ Número de DMBA: _____

Quem Pode Divulgar os Dados: A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias e suas entidades afiliadas inclusive o Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); associados comerciais da DMBA; e todos e quaisquer prestadores de serviços de saúde e/ou instalações (incluindo profissionais de saúde mental) que tenham me tratado antes ou após esta autorização.

Quem Pode Receber os Dados:

1. DMBA, inclusive o Departamento Médico Missionário
2. Representantes e funcionários do Departamento Missionário e da Divisão de Gerenciamento de Risco de A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
3. Autoridades Gerais d'A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias
4. O presidente de minha missão e sua esposa
5. Indivíduos que servem no Conselho de Saúde da Missão
6. Meus líderes do sacerdócio da unidade de origem (como o bispo e o presidente da estaca) e os secretário que podem auxiliar meus líderes locais do sacerdócio (como secretário de ala e estaca)
7. Pessoal do Centro de Treinamento Missionário
8. Pessoal do Centro de Saúde do Estudante do BYU (BYU Student Health Center)
9. Meus pais/guardiães, como indicado abaixo (se o quadrado não estiver assinalado, presume-se que seja "sim"):
 Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
 Sim Não Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
10. Outros que eu designar segundo meu critério, como segue:
Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____
Nome: _____ Parentesco: _____ Data de nascimento: _____

Dados a Serem Divulgados: Minhas anotações de psicoterapia, inclusive observações registradas em qualquer meio por um profissional da área de saúde mental que tenha documentado ou analisado os conteúdos das conversas durante uma sessão de aconselhamento particular ou a um grupo, junta ou sessão de aconselhamento familiar e que estejam separadas do resto do meu registro médico.

Propósito da Divulgação de Dados: Para a avaliação geral de minha saúde e aptidão física para servir como missionária, e para gerenciamento e administração de minha saúde enquanto estiver servindo para A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Prazo de Validade: Esta autorização é válida da data de execução até 12 meses após eu ser desobrigado de meu serviço, a menos que revogada por escrito antes dessa data. Posso revogar esta autorização por escrito a DMBA, aos cuidados do: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145. A revogação torna-se efetiva apenas após o recebimento pela DMBA e não se aplica ao uso e/ou divulgação de ISS que ocorram antes de a revogação por escrito ser recebida pela DMBA.

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 essa autorização pode estar sujeita a uma outra divulgação e pode, portanto, não mais ser protegida pelos regulamentos referentes à privacidade. Tratamentos, pagamentos, inscrições ou aprovações para tratamentos médicos aplicáveis não serão condicionados ao fornecimento desta autorização a não ser que isso seja permitido pela lei aplicável. Entretanto, compreendo e concordo que minha recusa em assinar ou meu cancelamento desta autorização pode afetar minha aprovação para servir ou continuar servindo para A Igreja de Jesus Cristo dos Santos dos Últimos Dias.

Assinatura do Missionário: _____ Data: _____