



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ЗАЩИЩЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

Имя лица, чья информация будет опубликована

ИМЯ	ИДЕНТИФИКАТОР DMBA (ЕСЛИ ДОСТУПНО)	ДАТА РОЖДЕНИЯ
-----	------------------------------------	---------------

Кто может предоставить информацию: Церковь Иисуса Христа Святых последних дней и ее конгрегации, в том числе Администрация Дезерета взаимной выгоды (АДВВ / Deseret Mutual Benefits Administrators), деловые партнеры АДВВ, также все медицинские работники и/или учреждения (включая специалистов по психическому здоровью), которые лечили меня до или после этого разрешения.

Кто может получать информацию:

- DMBA, включая его Миссионерский медицинский департамент и его деловых партнеров (таких как компании Aetna, United Healthcare и их аффилированные партнеры/поставщики/врачи/медицинские учреждения)
- Представители и сотрудники Миссионерского Отдела, а также отдела управления рисками Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
- Главные Управляющие Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
- Президент моей миссии и его супруга. Это включает в себя президентов исторических мест, президентов храмов, директоров центров для посетителей и их супругов.
- Лица, работающие в Совете здравоохранения Миссии
- Руководители духовенства моего домашнего подразделения (такие как епископ и президент кола) и служащие, которые могут помочь моим местным руководителям духовенства (например, приходские служащие и служители кола)
- Персонал Миссионерского Учебного Центра
- Сотрудники Студенческого оздоровительного центра BYU
- Мои родители / опекуны, как указано ниже (если квадрат не отмечен, то предполагается ответ «да»):

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ

10. Я даю разрешение следующим лицам по собственному усмотрению:

ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ

Информация для распространения: Моя защищенная медицинская информация (ЗМИ). ЗМИ является индивидуально идентифицируемой информацией о прошлом, настоящем или будущем физическом или психическом здоровье человека, которая поддерживается или передается поставщиком медицинских услуг или планом медицинского обслуживания. ЗМИ включает, помимо прочего, медицинские записи, диагнозы симптомов, методы лечения, прогнозы, результаты лабораторных исследований, лекарства и информацию о страховых претензиях и оплате.

Цель распространения информации: Для общей оценки моего здоровья и пригодности для служения в качестве миссионера, а также для управления и администрирования моего здоровья во время служения в качестве миссионера для Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Срок действия: Это разрешение действительно с даты выпуска до одного года после моего освобождения от миссии, если оно не было отозвано в письменном виде до этого времени. Я могу отозвать это разрешение, написав в АДВВ, Внимание: Миссионерское медицинское отделение, Почтовый ящик 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Отзыв вступает в силу только после его получения органами АДВВ в письменном виде и не является применимым к использованию и/или раскрытию моей защищенной медицинской информации до получения службами АДВВ отзыва в письменном виде.

Подпись: Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и полной. У меня есть право на получение копии этого разрешения. Любая информация, используемая или раскрываемая в соответствии с данным разрешением, может подлежать повторному раскрытию и, следовательно, больше не может быть защищена правилами конфиденциальности. Лечение, оплата, регистрация или право на получение соответствующей медицинской помощи не будут зависеть от моего предоставления этого разрешения, за исключением случаев, когда это может быть разрешено применимым законодательством. Я понимаю и согласен с тем, что мой отказ подписать или отозвать это разрешение может повлиять на мое право служить или продолжать служить миссионером в Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Подпись Миссионера: _____ Дата: _____



РАЗРЕШЕНИЕ НА ИСПОЛЬЗОВАНИЕ И РАСКРЫТИЕ ЗАПИСЕЙ, ПОЛУЧЕННЫХ ВО ВРЕМЯ СЕАНСОВ ПСИХОТЕРАПИИ

Имя лица, чья информация будет опубликована

ИМЯ	ИДЕНТИФИКАТОР DMBA (ЕСЛИ ДОСТУПНО)	ДАТА РОЖДЕНИЯ
-----	------------------------------------	---------------

Кто может предоставить информацию: Церковь Иисуса Христа Святых последних дней и ее конгрегации, в том числе Администрация Дезерета взаимной выгоды (АДВВ / Deseret Mutual Benefits Administrators), деловые партнеры АДВВ, также все медицинские работники и/или учреждения (включая специалистов по психическому здоровью), которые лечили меня до или после этого разрешения.

Кто может получать информацию:

- DMBA, включая его Миссионерский медицинский департамент и его деловых партнеров (таких как компании Aetna, United Healthcare и их аффилированные партнеры/поставщики/врачи/медицинские учреждения)
- Представители и сотрудники Миссионерского Отдела, а также отдела управления рисками Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
- Главные Управляющие Церкви Иисуса Христа Святых последних дней
- Президент моей миссии и его супруга. Это включает в себя президентов исторических мест, президентов храмов, директоров центров для посетителей и их супругов.
- Лица, работающие в Совете здравоохранения Миссии
- Руководители духовенства моего домашнего подразделения (такие как епископ и президент кола) и служащие, которые могут помочь моим местным руководителям духовенства (например, приходские служащие и служители кола)
- Персонал Миссионерского Учебного Центра
- Сотрудники Студенческого оздоровительного центра BYU
- Мои родители / опекуны, как указано ниже (если квадрат не отмечен, то предполагается ответ «да»):

<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ

10. Я даю разрешение следующим лицам по собственному усмотрению:

ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ
ИМЯ	РОДСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ

Информация для распространения: Мои записи во время сеансов психотерапии, в том числе заметки, записанные на любом носителе специалистом по психическому здоровью, которые документируют или анализируют разговоры из частных, групповых, совместных или семейных сеансов и отдельные от остальной части моей медицинской карты.

Цель распространения информации: Для общей оценки моего здоровья и пригодности для служения в качестве миссионера, а также для управления и администрирования моего здоровья во время служения в качестве миссионера для Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Срок действия: Это разрешение действительно с даты выпуска до одного года после моего освобождения от миссии, если оно не было отозвано в письменном виде до этого времени. Я могу отозвать это разрешение, написав в АДВВ, Внимание: Миссионерское медицинское отделение, Почтовый ящик 45730, Salt Lake City, UT 84145, USA. Отзыв вступает в силу только после его получения органами АДВВ в письменном виде и не является применимым к использованию и/или раскрытию моей защищенной медицинской информации до получения службами АДВВ отзыва в письменном виде.

Подпись: Я подтверждаю, что приведенная выше информация является достоверной и полной. У меня есть право на получение копии этого разрешения. Любая информация, используемая или раскрываемая в соответствии с данным разрешением, может подлежать повторному раскрытию и, следовательно, больше не может быть защищена правилами конфиденциальности. Лечение, оплата, регистрация или право на получение соответствующей медицинской помощи не будут зависеть от моего предоставления этого разрешения, за исключением случаев, когда это может быть разрешено применимым законодательством. Я понимаю и согласен с тем, что мой отказ подписать или отозвать это разрешение может повлиять на мое право служить или продолжать служить миссионером в Церкви Иисуса Христа Святых последних дней.

Подпись Миссионера: _____ Дата: _____