



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorización para utilizar y/o relevar información de salud protegida

Nombre del individuo cuya información se publicará: _____

Nombre del misionero(a): _____ Número de DMBA: _____

Quién puede revelar la información: La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y sus entidades afiliadas, incluyendo los administradores de beneficios de Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); los asociados comerciales de DMBA; y cualquier y todos los proveedores y/o las instalaciones de atención médica (incluyendo los profesionales de salud mental) quienes me hayan brindado tratamiento antes o después de dar esta autorización.

Quién puede recibir la información:

1. DMBA, incluyendo el Departamento Médico Misional
2. Los representantes y empleados del Departamento Misional y la División de Administración de Riesgos de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
3. Las Autoridades Generales de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días
4. Mi presidente de misión y su esposa
5. Individuos que sirven en el Consejo de Salud de la Misión
6. Los líderes de mi unidad doméstica del sacerdocio (como el obispo y el presidente de estaca) y los secretarios que pueden ayudar a mis líderes locales del sacerdocio (como los secretarios de barrio y estaca)
7. Personas en el Centro de Capacitación Misional
8. Personas en el Centro de Salud Estudiantil de BYU (BYU Student Health Center)
9. Mis padres/tutores legales como se indica a continuación (si no está marcada una de las casillas, se supone que la respuesta es "sí"):

Sí No Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sí No Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

10. Designo a las siguientes personas a discreción propia:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información que puede revelarse: Mi información médica personal (IMP). La IMP es toda la información que permita identificar a una persona, dicha información tiene que ver con la salud física o mental pasada, presente o futura de la persona, y es mantenida o transmitida por un proveedor de atención médica o por un plan de salud. La IMP incluye, sin limitación alguna: historiales médicos, síntomas, diagnósticos, tratamientos, pronosis, resultados de laboratorios, medicamentos e información respecto a seguros, reclamos y pagos.

Propósito de la revelación de información: Para la evaluación general de mi salud y bienestar a fin de prestar servicio como misionero y para fines de control y administración de mi atención médica mientras brinde servicio a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida desde la fecha de ejecución hasta 12 meses después de que se revele del servicio, a menos que se revoque por escrito antes de esa fecha. Puedo anular esta autorización mediante un aviso por escrito enviado a: DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145, USA. La revocación entrará en vigor solamente después de que DMBA la reciba; dicha revocación no tendrá validez para utilizar y/o revelar la IMP que suceda antes de que DMBA reciba la revocación por escrito.

Firma: Doy fe de que la información anterior es verídica e íntegra. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Toda información que se utilice o se revele de conformidad con esta autorización podría volver a divulgarse y, por lo tanto, podría dejar de estar protegida por los reglamentos de privacidad. El tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para recibir la atención médica correspondiente no estarán condicionados al hecho de que yo dé esta autorización, con excepción de lo que la ley en vigor permita. No obstante, comprendo y acepto que si me niego a firmar o si revoco esta autorización se podría ver afectada mi idoneidad para prestar servicio o para continuar prestando servicio a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Firma del misionero(a): _____ Fecha: _____

(LLENE AMBOS LADOS)

MM06SP2MMN0918



MISSIONARY
M E D I C A L

Autorización para utilizar y/o relevar notas de psicoterapia

Nombre del individuo cuya información se publicará:

Nombre del misionero(a): _____ Número de DMBA: _____

Quién puede revelar la información: La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y sus entidades afiliadas, incluyendo los administradores de beneficios de Deseret Mutual Benefit Administrators (DMBA); los asociados comerciales de DMBA; y cualquier y todos los proveedores y/o las instalaciones de atención médica (incluyendo los profesionales de salud mental) quienes me hayan brindado tratamiento antes o después de dar esta autorización.

Quién puede recibir la información:

1. DMBA, incluyendo el Departamento Médico Misional.
2. Los representantes y empleados del Departamento Misional y la División de Administración de Riesgos de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.
3. Las Autoridades Generales de La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.
4. Mi presidente de misión y su esposa.
5. Individuos que sirven en el Consejo de Salud de la Misión
6. Los líderes de mi unidad doméstica del sacerdocio (como el obispo y el presidente de estaca) y los secretarios que pueden ayudar a mis líderes locales del sacerdocio (como los empleados de barrio y estaca)
7. Personas en el Centro de Capacitación Misional
8. Personas en el Centro de Salud Estudiantil de BYU (BYU Student Health Center)
9. Mis padres/tutores legales como se indica a continuación (si no está marcada una de las casillas, se supone que la respuesta es "sí"):

Sí No Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Sí No Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

10. Designo a las siguientes personas a discreción propia:

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Información que puede revelarse: Mis notas de psicoterapia y las notas de psicoterapia, incluyendo las nota registradas en cualquier medio por un profesional de salud mental, las cuales documenten o analicen las conversaciones que hayan tenido lugar durante sesiones de orientación privadas, en grupo, conjuntas o en familia, y que sean aparte del resto de mi historial médico.

Propósito de la revelación de información: Para la evaluación general de mi salud y bienestar a fin de prestar servicio como misionero y para fines de control y administración de mi atención médica mientras brinde servicio a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Fecha de vencimiento: Esta autorización es válida desde la fecha de ejecución hasta 12 meses después de que se revele del servicio, a menos que se revoque por escrito antes de esa fecha. Puedo anular esta autorización mediante un aviso por escrito enviado a: DMBA, Attention: Missionary Medical Department, P.O. Box 45730, Salt Lake City, Utah 84145, USA. La revocación entrará en vigor solamente después de que DMBA la reciba; dicha revocación no tendrá validez para utilizar y/o revelar la IMP que suceda antes de que DMBA reciba la revocación por escrito.

Firma: Doy fe de que la información anterior es verídica e íntegra. Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización. Toda información que se utilice o se revele de conformidad con esta autorización podría volver a divulgarse y, por lo tanto, podría dejar de estar protegida por los reglamentos de privacidad. El tratamiento, el pago, la inscripción o la idoneidad para recibir la atención médica correspondiente no estarán condicionados al hecho de que yo dé esta autorización, con excepción de lo que la ley en vigor permita. No obstante, comprendo y acepto que si me niego a firmar o si revoco esta autorización se podría ver afectada mi idoneidad para prestar servicio o para continuar prestando servicio a La Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días.

Firma del misionero(a): _____ Fecha: _____