Maternal Infant Health Program
(برنامج صحة الأمومة والرضّع)
Michigan Department of Community Health
(إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان)

إعطاء الموافقة لنقل سجل برنامج صحة الأمومة والرضع (MIHP) إلى مقدم آخر
(إعطاء الموافقة للإفصاح عن معلومات صحية محمية)

تحمي القوانين الفيدرالية المعلومات الصحية الخاصة بك. وتشمل هذه الحماية كافة المعلومات التي يقوم برنامج صحة الأمومة والرضّع (MIHP) بتجميعها، بما في ذلك:

1. أجوبتك التي تعطيها في مقابلة *الاستطلاع على المخاطر الصحية المحتمل وقوعها وتحديد هويتها* (*Risk Identifier*).
2. أية معلومات أخرى تعطيها لنا.
3. أية معلومات تصلنا من أطراف أخرى حول صحتك.

تحفظ المعلومات الصحية الخاصة بك الموجودة في برنامج صحة الأمومة والرضّع (MIHP) في سجل سري. يجب عليك أن تعطينا موافقتك لكي يمكننا نقل سجلك الموجود لدى برنامج MIHP إلى مقدم آخر معتمد من برنامج MIHP.

~~~~~~

أوافق على تغيير مقدمي الرعاية المعتمدين لدى برنامج MIHP.
أعطي موافقتي على نقل المعلومات الصحية المحمية.

من مقدم الرعاية الحالي المعتمد لدى برنامج MIHP
إلى مقدم الرعاية التالي المعتمد لدى برنامج MIHP

يمكن نقل المعلومات الصحية المحمية التالية إلى مقدم الرعاية الجديد المعتمد لدى برنامج MIHP الذي سيكون مسؤولاً عني.

☐ معلوماتي الصحية (تشمل كحد أدنى على *المخاطر الصحية المحتمل وقوعها وتحديد هويتها* - *Risk Identifier*، *وخطة الرعاية وملاحظات الزيارة*).
☐ المعلومات الصحية الخاصة بطفلي الرضيع أو أطفالي الرضّع (تشمل كحد أدنى على *المخاطر الصحية المحتمل وقوعها وتحديد هويتها* - *Risk Identifier*، *وخطة الرعاية وملاحظات الزيارة*).

1. أفهم أن هذا قد يتضمن معلومات حول خدمات الصحة السلوكية أو العقلية والإحالات والعلاجات لسوء معاقرة شرب الكحول وتعاطي المخدرات (كما تسمح به كل من القوانين التالية: MCL 330.1748، P.A. 258 of 1974، 42 CFR Part 2).
2. أفهم أن:
   أ. الموافقة على إعطاء إذن الإفصاح عن هذه المعلومات الصحية هو أمر طوعي.
   ب. ويجوز لي أن أرفض توقيع هذه الموافقة.
   ج. وأن رفضي على التوقيع لن يكون له أي تأثير على أهليتي في برنامج المديكيد أو مخصصاتي منه.
3. أفهم أنه إذا أعطيت موافقتي:
   أ. أن لديّ الحق في تغيير قراري والغاء الموافقة في أي وقت.
   ب. وإذا قررت إلغاء الموافقة، فعليّ أن أرسل خطاباً خطياً إلى (اسم الوكالة المعتمدة لدى برنامج MIHP) المسؤولة عن حفظ سجلي لأعملها بذلك.

الحجة القانونية: تقبل Michigan Department of Community Health (إدارة الصحة المجتمعية لولاية ميشيغان) هذا النموذج بمثابة إذعان بقوانين وأنظمة الخصوصية لقانون HIPAA والجزأين 160 و 164 من قانون 45 CFR كما هو معدل في 14 أغسطس، 2002. استكمال النموذج: طوعي، ولكن استكماله مفروض إذا تطلب الأمر الإفصاح عن المعلومات. Michigan Department of Community Health تتقيد بتكافؤ الفرص في التوظيف وتقديم الخدمات والبرامج.
~~~~~~

4. أفهم أن أي إفصاح عن المعلومات يحمل معه احتمال إعادة الإفصاح غير المأذون به إلى أطراف أخرى وقد لا تكون المعلومات محمية بالقوانين الفيدرالية المعنية بالخصوصية.
5. أفهم أن كل المعلومات التي تمّ استخدامها أو سبق الإفصاح عنها بموجب موافقتي التي أعطيتها لكم لا يمكن سحبها وإرجاعها.
6. أفهم أنه يمكنني أن أطلب نسخة من هذه الموافقة التي قمت بتوقيع اسمي عليها.
7. أفهم أن هذه الموافقة سينتهي مفعولها عند انتهاء خدمات برنامج MIHP ما لم أقم بإلغائها قبل انتهاء خدمات البرنامج.

لقد قرأت ما تقدم أعلاه أو قام أحد بقراءته لي وشرح معناه لي.

أفهم أنه يمكنني أن اتلقى خدمات برنامج MIHP دون إعطاء موافقتي على الإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية الخاصة بي.

☐ **أوافق على إعطاء الإذن للإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية كما هو محدد في هذا النموذج.**

☐ **لا أوافق على إعطاء الإذن للإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية كما هو محدد في هذا النموذج.**

اسم صاحبة العلاقة (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة) / الممثل القانوني لصاحبة العلاقة وصلة القرابة بها

توقيع صاحبة العلاقة أو الممثل القانوني عنها التاريخ

توقيع صاحبة العلاقة أو الممثل القانوني عنها التاريخ