

MDHHS-5645, MATERNAL CONSENT TO RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION
MDHHS-5645-SP, CONSENTIMIENTO MATERNO PARA LA DIVULGACIÓN DE
INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)
Maternal Infant Health Program (MIHP)
(Revised 6-25)

SECCIÓN 1

Nos preocupamos por su privacidad. Sólo aquellas personas que posean tanto la necesidad como el derecho legal podrán ver su información. Compartiremos su información con su proveedor de salud y su pagador para poder coordinar el cuidado. Podemos divulgar su información sin su permiso cuando la ley nos exija hacerlo.

Cuando se comparte información, esto puede incluir toda la información que recolecta el MIHP, tal como:

- 1. Sus respuestas de la Entrevista de Evaluación del MIHP (MIHP Assessment Interview)
- 2. Otras informaciones que usted brinda.
- 3. Información que otra parte brinda.

Indique con quién desea que el MIHP intercambie información, identificando las partes a continuación.

Autorizo a la agencia del MIHP a intercambiar información con otras partes como figura a continuación.

Mi información médica podrá ser intercambiada con las siguientes partes:

Nombre de las Otras Partes para el Intercambio de Información	Fecha	Iniciales de la Beneficiaria

- 1. Entiendo que se requiere una divulgación aparte de los registros de tratamiento por abuso de alcohol y drogas (de acuerdo con lo permitido por MCL 330.1748, P.A. 258 de 1974 y 42 CFR Parte 2).
- 2. Entiendo que:
 - a. Mi consentimiento para el intercambio de esta información médica es voluntario.
 - b. Me puedo negar a firmar este consentimiento.
 - c. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad o mis beneficios de Medicaid.
- 3. Entiendo que si doy mi consentimiento:
 - a. Tengo derecho a cambiar de parecer y cancelarlo en cualquier momento.
 - b. Si decido cancelarlo, daré un aviso por escrito a la agencia del MIHP a cargo de mi registro.

4. Entiendo que cualquier divulgación de información posee el potencial para volver a divulgarlo sin autorización, y la información podrá no estar protegida por las reglas de privacidad federales.
5. Entiendo que un uso o divulgación ya realizada con mi consentimiento no puede ser reclamada.
6. Entiendo que podré solicitar una copia de este consentimiento firmado.
7. Entiendo que este consentimiento caducará al finalizar los servicios del MIHP, a menos que yo los cancele antes de la finalización de los servicios.

Leí la información anterior o me fue leída y explicada.

Entiendo que podré recibir los servicios del MIHP sin dar mi consentimiento para la divulgación de mi información médica protegida.

Nota: No se permite el consentimiento verbal para divulgar información de salud protegida.

SECCIÓN 2 – FIRMA

Nombre de la Persona Beneficiaria (Imprenta)	Representante Legal (Si Corresponde) (Imprenta)	Relación del Representante Legal con la Persona Beneficiaria
--	---	--

Firma de la Persona Beneficiaria o del Representante Legal

Fecha

Firma del Personal del MIHP

Fecha

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará contra ningún individuo o grupo en base a su raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, condición familiar, consideraciones partidarias o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en la orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.

INSTRUCCIONES SOBRE EL CONSENTIMIENTO MATERNO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA

Complete este formulario sólo si desea dar su consentimiento para que se comparta información con otras agencias de servicios tanto de salud como sociales.

La finalidad de estas instrucciones es aclarar los campos de datos. Ante cualquier otra duda, comuníquese con el Equipo del MIHP del MDHHS.

Explique cómo el MIHP comparte la información médica protegida de la beneficiaria, tal como se describe en la parte superior de este formulario.

Cómo Autorizar a Otras Partes a Recibir Información Médica Protegida (PHI)

- Inserte los nombres de las partes con las cuales la PHI se podrá compartir, tales como WIC, MDHHS, CMH, banco de comida, etc.
- Solicite a la beneficiaria que verifique cada una de las partes con las cuales la información podrá ser compartida indicando la fecha (en la segunda columna) y sus iniciales de la beneficiaria (en la tercera columna). Esto deberá ser realizado de forma separada para cada parte. La beneficiaria no podrá introducir la fecha e inicial de una parte y dibujar flechas para indicar que la misma fecha e iniciales también se aplican a las demás partes.
- Explique al beneficiario los siete puntos numerados que comienzan por la parte inferior de la página 1.

Sección de Firmas

- Nombre de la Beneficiaria: Escriba en imprenta el nombre de la beneficiaria embarazada.
 - Nombre del Representante Legal (Si corresponde) (Imprenta): Escriba el nombre del representante legal en imprenta, si esto corresponde.
 - Relación del Representante Legal con la Beneficiaria: Escriba “madre”, “padre”, otro pariente (especifique), “padre adoptivo” o “tutor”. Si no hay un representante legal, deje este espacio en blanco o escriba "NA".
 - Firma de la Beneficiaria o Representante Legal y Fecha: La beneficiaria o el representante legal (como se define más arriba) deberá firmar y documentar la fecha de la firma. La fecha de la firma puede ser la misma fecha en que se administra el Identificador de Riesgo o después, si este consentimiento se firmó en una fecha posterior. Si la beneficiaria o el representante legal escribieron su nombre en imprenta o con una marca, indique la inicial.
 - Firma del Personal del MIHP: El personal del MIHP deberá firmar y registrar la fecha. El formulario de consentimiento se completa una vez que se obtienen ambas firmas. La fecha de registro es la última fecha de firma registrada.
-