

4. وأفهم أنّ أيّ إفصاح عن أيّ معلومات يحمل في طيّاته احتمال إعادة الإفصاح غير المصرّح به ويجوز ألا يكون إنشاء المعلومات آنذاك محمياً بموجب قواعد الخصوصية الفيدرالية.

5. وأفهم أنّه لا يمكن استرجاع كلّ ما تمّ استخدامه أو الإفصاح عنه فعلاً من معلومات بموجب إذنّي وموافقتي.

6. وأفهم أنه يجوز لي أن أطلب نسخة من هذه الموافقة التي تمّ التوقيع عليها.

7. وأفهم أن هذه الموافقة ستنتهي صلاحيتها عند انتهاء الخدمات التي يقدّمها برنامج MIHP ما لم أقم بإلغائها قبل انتهاء صلاحية الخدمات.

لقد قرأتُ ما ورد أعلاه أو قام أحد بقراءته وشرحه لي.

وأفهم أن يجوز لي أن أتلقّى خدمات من برنامج MIHP دون إعطاء إذنّي وموافقتي للإفصاح عن المعلومات الصحية المحميّة الخاصّة بي.

ملاحظة: الموافقة الشفهية غير مسموح بها للإفصاح عن المعلومات الصحية المحميّة.

القسم الثاني (2) - التوقيع

اسم المستفيدة (الكتابة بحروف كبيرة وواضحة) المُمثّل القانوني (إن وُجدَ) (الكتابة بحروف كبيرة صلة المُمثّل القانوني وواضحة) بالمستفيدة.

التاريخ

توقيع المستفيدة أو المُمثّل القانوني

Date (التاريخ)

Signature of MIHP Staff (MIHP توقيع الموظف في برنامج)

لن تميّز Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) ضد أيّ فرد أو مجموعة على أساس العرق، أو الأصل القومي، أو اللون، أو الجنس، أو الإعاقة، أو الدين، أو العمر، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة العائليّة، أو الاعتبارات الحزبيّة، أو المعلومات الوراثيّة. يشمل التمييز القائم على أساس الجنس، على سبيل المثال لا الحصر، التوجّه الجنسي، والهوية الجنسيّة، والتعبير الجنساني، والخصائص الجنسيّة، والحمل.

(تعليمات بشأن موافقة المرأة الحامل على إعطاء الإذن للإفصاح عن معلومات صحية محمية)

لا يجب استكمال تعبئة هذا النموذج إلا إذا كان هناك رغبة في الحصول على موافقة لمشاركة المعلومات مع وكالات الخدمات الصحية والاجتماعية الأخرى.

تهدف هذه التعليمات إلى توضيح حقول البيانات. إذا كان لديكم أي سؤال آخر، فيجب عليكم الاتصال بـ MDHHS MIHP Team (فريق برنامج MIHP لدى MDHHS).

اشرحوا كيف يقوم برنامج MIHP بمشاركة المعلومات الصحية المحمية الخاصة بالمستفيدة كما هو موضح في أعلى هذا النموذج.

تفويض أطراف أخرى لاستلام Protected Health Information (المعلومات الصحية المحمية - PHI)

- ادخلوا أسماء الأطراف التي يمكن مشاركة معلومات الصحة المحمية معها مثل WIC، و MDHHS، و CMH، وبنك الطعام، وما إلى ذلك.
- اطلبوا من المستفيدة التحقق من صحة اسم كل طرف يمكن مشاركة المعلومات معه عن طريق كتابة التاريخ (في العمود الثاني) وتوقيع المستفيدة بالأحرف الأولى من اسمها (في العمود الثالث). يجب أن يتم ذلك بشكل منفصل لكل طرف. لا يجوز للمستفيدة كتابة التاريخ والتوقيع بالأحرف الأولى من اسمها لأحد الأطراف ورسم أسهم للإشارة إلى أن نفس التاريخ والتوقيع بالأحرف الأولى يسريان أيضاً على الأطراف الأخرى التي تصل إليها الأسهم.
- اشرحوا للمستفيدة البنود السبعة المرقمة التي تبدأ في أسفل الصفحة الأولى (1).

قسم توقيع الأسماء

- اسم المستفيدة: كتابة اسم المستفيدة الحامل بحروف كبيرة وواضحة.
- اسم الممثل القانوني (إن وُجد) (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة): كتابة اسم الممثل القانوني بحروف كبيرة وواضحة، إذا كان الأمر يسري على ذلك.
- علاقة الممثل القانوني بالمستفيدة: اكتبوا "الأم"، "الأب"، قريب آخر (يجب التحديد بالضبط)، "والدة" بالرعاية البديلة"، أو "الوصي". إذا لم يكن هناك ممثل قانوني، فيجب أن يُترك هذا الحقل فارغاً أو كتابة "لا ينطبق - NA".
- توقيع المستفيدة أو الممثل القانوني والتاريخ: يجب على المستفيدة أو الممثل القانوني (كما هو محدد أعلاه) توقيع اسمهم وتوثيق تاريخ التوقيع. يمكن أن يكون تاريخ التوقيع هو نفس التاريخ الذي يتم فيه إجراء تقييم Risk Identifier (معرّف المخاطر) أو بعده وذلك إذا تم توقيع إعطاء الإذن هذا في تاريخ لاحق. إذا قامت المستفيدة أو الممثل القانوني بكتابة اسمهم بحروف كبيرة وواضحة، أو تم وضع علامة على خط التوقيع، ف يُرجى التوقيع بالحروف الأولى من الاسم.
- توقيع الموظف في برنامج MIHP: يجب على الموظف في برنامج MIHP توقيع اسمهم وكتابة تاريخ التوقيع. يُعتبر نموذج إعطاء الإذن مكتملاً بمجرد الحصول على كلا التوقيعين. تاريخ السجل هو تاريخ التوقيع الأخير المسجل.