

MDHHS-5653-SP, CONSENTIMIENTO DEL INFANTE 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.

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

1. Su respuesta en la Entrevista de Evaluación del MIHP.
2. Otras informaciones que usted brinde.
3. Información que otra parte brinde.

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

Autorizo a la agencia del MIHP intercambiar información del registro del MIHP de mi Infante con otras partes, como se especifica a continuación. Esto incluye:

☐ La Información Médica Protegida de mi Infante

☐ Mi Información Médica Protegida

La información se podrá intercambiar con las siguientes partes:

[illegible]

1. Entiendo que se requiere divulgación de información aparte de los registros de tratamiento por abuso de alcohol y drogas (según 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 caduca al finalizar el MIHP, a menos que yo los cancele antes.

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 del Infante (Imprenta)	Nombre del Representante Legal (Imprenta)	Relación del Representante Legal con la Persona Beneficiaria del Infante
---	--	--

Firma 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.