

**MDHHS-5647, INFANT CONSENT TO PARTICIPATE IN RISK IDENTIFIER
INTERVIEW INFANT CONSENT TO PARTICIPATE IN MIHP
MDHHS-5647-SP, CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL INFANTE PARA PARTICIPAR
EN LA ENTREVISTA DEL IDENTIFICADOR DE RIESGO
CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL INFANTE PARA PARTICIPAR EN EL MIHP**
Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)
Maternal Infant Health Program (MIHP)
(Revised 12-25)

SECCIÓN 1

El Programa de Salud Materno Infantil (Maternal Infant Health Program, MIHP) es un servicio de visita al hogar para mujeres embarazadas e infantes con Medicaid. La meta del MIHP es promover embarazos saludables, resultados de partos positivos, y un crecimiento y desarrollo saludable de los infantes. El MIHP es un programa del Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS).

Los visitantes de hogares del MIHP son profesionales médicos experimentados que pueden:

- Ayudarle a acceder a transporte para citas médicas del infante y del WIC, si es necesario.
- Ayudarle a acceder a cuidado médico para su infante(s).
- Responder preguntas sobre el cuidado de su infante.
- Ayudarle a acceder a comidas o a un lugar donde vivir.
- Ayudarle a aprender a preparar y comer comidas saludables.
- Ayudarle con problemas de salud tales como depresión y ansiedad.
- Ayudarle con cambios que usted decida hacer para estar saludable. Estos pueden incluir dejar o reducir el consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Ayudarle si tiene preocupaciones relacionadas con violencia familiar.
- Responder preguntas sobre planificación familiar (métodos anticonceptivos).
- Conectarla con los servicios comunitarios. Estos incluyen clases para padres y despensas de bebés donde se brindan artículos gratuitos para bebés.
- Estar ahí para usted si surgen preocupaciones.

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. Podremos divulgar su información sin su permiso cuando la ley nos lo requiera. Usted también puede indicar partes adicionales con quienes desee que el MIHP intercambie información, completando el Consentimiento para Divulgar Información de Salud Protegida y/o el Consentimiento para Compartir Información de Salud Conductual.

Cuando se comparta información, se podrá incluir todo lo recolectado por el MIHP, tal como:

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

1. Consentimiento para Participar en la Entrevista de Evaluación del Identificador de Riesgo de MIHP

El MDHHS desea hacerle algunas preguntas sobre sus hábitos de vida diarios. Ésta es una oportunidad para que exprese sus preocupaciones en relación a sus necesidades actuales.

Existen dos razones por las cuales el MDHHS recolecta información de riesgo sobre la salud de mujeres embarazadas e infantes:

1. Para ayudar al personal del MIHP a saber qué servicios del MIHP ofrecerle.
2. Para ayudarle al estado a mejorar la salud general de la población.

Usted puede elegir participar en la Entrevista de Evaluación del MIHP por ambas razones o puede participar sólo por la segunda razón. Esto significa que puede dar su consentimiento para ayudar al estado a recolectar información sobre familias en proceso de concebir sin inscribirse en el MIHP.

Usted puede elegir no responder algunas de las preguntas de la entrevista. Podrá detener la entrevista en cualquier momento. Esto no afectará su elegibilidad en Medicaid. Su información será ingresada a una base de datos confidencial y segura del MDHHS.

☐ **DOY mi consentimiento para participar en la Entrevista de Evaluación del MIHP.**

☐ **NO DOY mi consentimiento para participar en la Entrevista de Evaluación del MIHP.**
Entiendo que esto significa que no participaré en el MIHP.

2. Consentimiento para Participar en el MIHP

Entiendo que puedo participar en el MIHP porque mi infante posee el seguro de Medicaid.

Entiendo qué servicios el MIHP nos podrá brindar a mí y a mi infante.

☐ **DOY mi consentimiento para participar en el MIHP.**

Nombre del Proveedor de Cuidado Infantil:

☐ **NO DOY mi consentimiento para participar en el MIHP.**

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
☐ Consentimiento Verbal Obtenido (Visita via Telehealth o Sólo por Teléfono)		Fecha
Firma del Enfermero Titulado (RN) o del Trabajador Social (SW) 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.