



MDHHS-5652, MATERNAL CONSENT TO PARTICIPATE IN RISK IDENTIFIER INTERVIEW MATERNAL CONSENT TO PARTICIPATE IN MIHP

MDHHS-5652-AR، موافقة المرأة الحامل للمشاركة في مقابلة معرف المخاطر

موافقة المرأة الحامل للمشاركة في برنامج MIHP

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Maternal Infant Health Program (MIHP)

(Revised 12-25)

القسم الأول (1)

Maternal Infant Health Program (البرنامج الصحي للأمومة والرضيع) هو خدمة زيارة منزلية للنساء الحوامل والأطفال الرضع الذين لديهم تأمين الـ Medicaid (مديكيد). يهدف برنامج MIHP إلى تعزيز الحمل الصحي، ونتائج الولادة الإيجابية، والنمو والتطور الصحي للأطفال الرضع. برنامج MIHP هو برنامج تابع لـ Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS).

زائرات المنازل التابعات لبرنامج MIHP هنّ متخصصات في المجال الصحي ذوات خبرة يمكنهن:

- مساعدتك في الحصول على وسائل النقل إلى المواعيد الطبية المتعلقة بحملك وبرنامج WIC (المرأة والرضيع والأطفال الصغار) إذا لزم الأمر لذلك.
 - مساعدتك في الحصول على الرعاية الطبية السابقة للولادة.
 - الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بحملك.
 - الإجابة عن الأسئلة المتعلقة برعاية طفلك الرضيع.
 - مساعدتك في الحصول على مواد غذائية أو مكان للعيش فيه.
 - مساعدتك في التعرف على كيفية تحضير المواد الغذائية الصحية وتناولها.
 - تقديم المساعدة في التعامل مع المخاوف الصحية التي يمكن أن تؤثر على حملك. تشمل هذه المخاوف مرض السكري، والربو، وارتفاع ضغط الدم، والاكتئاب أو القلق.
 - مساعدتك في التغييرات التي تقرررين القيام بها لتكوني بصحة جيدة. قد تشمل هذه التغييرات الإقلاع عن التدخين، أو تناول الكحول، أو المخدرات، أو التقليل منها.
 - مساعدتك إذا كنت تشعرين بمخاوف وقلق بشأن العنف الأسري.
 - الإجابة عن الأسئلة المتعلقة بالخطيئة الأسري (تنظيم النسل).
 - مساعدتك في الارتباط بالخدمات المتاحة لك في المجتمع المحلي. تشمل هذه الخدمات فصولاً تثقيفية حول الولادة ومخازن للأطفال الرضع التي تعطي مستلزمات الأطفال الرضع مجاناً.
 - أن يكنّ بجانبك إذا طرأت عليك أيّ مخاوف.
- نحرص على الحفاظ على خصوصيتك. لا يحقّ لأيّ شخص الاطلاع على المعلومات الخاصة بك إلا الذين لديهم الحاجة والحق القانوني معاً للاطلاع عليها. سنشارك المعلومات الخاصة بك مع مقدّم رعايتك الطبية والجهة المسؤولة عن الدفع حتى نتمكن من تنسيق شؤون الرعاية الخاصة بك. قد نُفصح عن معلومات خاصة بك دون الحصول على إذن منك عندما يقتضي القانون القيام بذلك. يمكنك أيضاً الإشارة إلى أطراف إضافية قد ترغبين أن يتبادل برنامج MIHP المعلومات معها من خلال استكمال إعطاء الإذن والموافقة للإفصاح عن المعلومات الصحية المحمية و/أو إعطاء الإذن والموافقة لمشاركة معلومات عن الصحة السلوكية.

عند مشاركة المعلومات مع الغير، قد يتضمن ذلك جميع المعلومات التي يجمعها برنامج MIHP، مثل:

1. إجاباتك عن مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP معك.
2. أيّ معلومات أخرى تقومين بتقديمها.
3. أيّ معلومات يقوم أيّ طرف آخر بتقديمها.

1. إعطاء الموافقة للمشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP

تريد MDHHS أن تسألك بعض الأسئلة حول عادات حياتك ومعيشتك اليومية. هذه فرصة لك للتعبير عن أي مخاوف بشأن احتياجاتك الحالية.

هناك سببان وراء قيام MDHHS بجمع معلومات المخاطر الصحية المعنية بالنساء الحوامل والأطفال الرضع:

1. لمساعدة موظفي برنامج MIHP في معرفة أي خدمات من برنامج MIHP سيقدّمونها لك.
2. لمساعدة الولاية على تحسين صحة السكان بشكل عام.

يمكنك اختيار المشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP لكلا السببين أو يمكنك المشاركة للسبب الثاني فقط. وهذا يعني أنه بإمكانك الموافقة على إعطاء موافقتك على مساعدة الولاية في جمع المعلومات حول العائلات في طور الحمل والولادة دون الحاجة إلى التسجيل في برنامج MIHP.

يمكنك اختيار عدم الإجابة عن بعض أسئلة التي تُطرح عليك أثناء المقابلة. كما يمكنك إيقاف المقابلة في أي وقت. لن يؤثر ذلك على أحقية دخولك في برنامج تأمين الـ Medicaid (مديكيد). سيتم وضع المعلومات الخاصة بك في قاعدة بيانات سرية وأمنة في MDHHS.

☐ أوافق على المشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP.

☐ لا أوافق على المشاركة في مقابلة التقييم التي يجريها برنامج MIHP. أفهم أن هذا يعني أنني لن أشارك في برنامج MIHP.

2. إعطاء الموافقة للمشاركة في برنامج MIHP

أفهم أنه بإمكانني المشاركة في برنامج MIHP لأنني حامل ولدي تأمين الـ Medicaid (مديكيد).

وأفهم الخدمات التي يمكن أن يقدمها برنامج MIHP لي.

☐ أوافق على المشاركة في برنامج MIHP.

اسم مقدّم الرعاية الطبية السابقة للولادة:

☐ لا أوافق على المشاركة في برنامج MIHP.

القسم الثالث (3) – التوقيع

اسم المستفيدة (الكتابة بحروف كبيرة وواضحة)	اسم المُمثِّل القانوني (إن وُجد) (كتابة الاسم بحروف كبيرة وواضحة)	علاقة المُمثِّل القانوني بالمستفيدة
توقيع المستفيدة أو المُمثِّل القانوني	التاريخ	
[تم الحصول على الموافقة شفهيًا (عن طريق زيارة تمت عبر Telehealth، الرعاية الصحية عن بُعد، أو عبر الهاتف فقط)		
توقيع الأخصائي الاجتماعي أو الممرّض القانوني في برنامج MIHP (Signature of MIHP SW or RN):	Date (التاريخ)	

لن تميّز Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) ضد أي 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 العائلية، أو الاعتبارات الحزبية، أو المعلومات الوراثية. يشمل التمييز القائم على أساس الجنس، على سبيل المثال لا الحصر، التوجّه الجنسي، والهوية الجنسية، والتعبير الجنساني، والخصائص الجنسية، والحمل.