

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/ADOLESCENTES**En vigor desde octubre de 2009****Formulario de solicitud de servicios para niños/adolescentes – Instrucciones**

El Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health*, DMH) provee servicios y apoyo a niños y adolescentes con enfermedad mental seria y a sus familias para que sean capaces de seguir viviendo en la comunidad. Estos servicios están destinados a los jóvenes y sus familias que necesitan más que una intervención ambulatoria o medicación.

Los formularios para jóvenes menores de 18 años que solicitan servicios de salud mental deben incluir los siguientes formularios completados, con las firmas del padre o tutor legal y las fechas donde se indique:

- Formulario de Solicitud de Servicios para Niños/Adolescentes*
- Determinación de Autorización para Servicios por el DMH (página 6)*
- Autorización(ones) para Revelación de Información*

Para acelerar la determinación, el DMH recomienda que los solicitantes también presenten la información y los documentos médicos y educativos pertinentes, como:

- Evaluación psiquiátrica* completada por un profesional clínico autorizado en los seis meses previos y /o
- Informes de admisión/alta hospitalaria* si estuvo hospitalizado durante los seis meses previos
- Copia del *Plan de Educación Individualizada (Individualized Educational Plan, IEP)* si hay uno en vigencia

Aunque al solicitar los servicios no se requiere presentar información médica ni educativa, se recomienda firmemente presentar dicha información en ese momento. El DMH necesitará revisar esta información y la requerirá en una fecha posterior.

Si usted es un proveedor de servicios de salud mental y está haciendo una derivación para el DMH, por favor siga las instrucciones de la página 2.

En el plazo de siete (7) días de la recepción de un formulario de *Solicitud de Servicios para Niños/Adolescentes*, el DMH se comunicará por teléfono con el padre u otro tutor. El propósito del contacto telefónico será:

- Ø Acusar recibo del formulario de *Solicitud de Servicios para Niños/Adolescentes*.
- Ø Repasar el proceso de determinación
- Ø Confirmar que el padre o tutor desea continuar el proceso de determinación
- Ø Evaluar las necesidades inmediatas o emergentes del solicitante y responder en la forma apropiada
- Ø Iniciar la recopilación de la información médica y de otro tipo que sea pertinente para respaldar la solicitud de servicios del solicitante.

Un/a especialista de autorización para servicios clínicos por el DMH realizará una entrevista en persona con el padre o el tutor legal para considerar y evaluar más a fondo las necesidades del niño o adolescente y la familia.

El director de Área del DMH o el designado en el Área donde se están pidiendo servicios es quien tomará las decisiones respecto a las solicitudes de servicio al recibir y revisar la información siguiendo las regulaciones del DMH.

La disponibilidad limitada de servicios obliga al DMH a establecer prioridades en cuanto a las personas que recibirán dichos servicios y a la manera en que se proveerán. Las regulaciones del DMH establecen los criterios que han de usarse para determinar quién cumple los requisitos para recibir servicios del DMH y cómo se asignan esos servicios.

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/ADOLESCENTES**En vigor desde octubre de 2009**

Se debe entregar o enviar por correo o fax un formulario de *Solicitud de Servicios para Niños/Adolescentes* completado, un formulario de *Determinación de Autorización para Servicios por el DMH* firmado y formularios de *Autorización de Revelación de Información* a la Oficina de Área o de Sitio del DMH con responsabilidad por la comunidad en la que el padre o tutor legal reside en el momento de presentar la solicitud.

Los materiales para hacer la solicitud están disponibles en todas las oficinas de área y de sitio del DMH, centros psiquiátricos de internación aguda, en muchos programas de la comunidad en todo el Estado y pueden descargarse de la página web del DMH www.state.ma.us/dmh. Los formularios de solicitud están disponibles en inglés. El DMH puede proveer traductores para otros idiomas si fuera necesario y otro tipo de ayuda que sea necesaria.

Instrucciones adicionales para proveedores de servicios de salud mental

Un proveedor de servicios de salud mental que hace una derivación al DMH debe presentar información clínica pertinente como:

Para solicitantes que actualmente están en un centro para pacientes internados

- Evaluación psiquiátrica, incluyendo diagnósticos del DSM-IV (Ejes I-V)
- Cualquier otra evaluación (por ejemplo, psicosocial, de medicamentos, pruebas neuropsicológicas, exámenes neuropsicológicos, etc.)
- Evolución en el hospital, incluyendo el plan de tratamiento

Para solicitantes que actualmente residen en la comunidad

- Evaluación psiquiátrica, incluyendo diagnósticos del DSM-IV (Ejes I-V)
- Cualquier otra evaluación (por ejemplo, psicosocial, de medicamentos, pruebas neuropsicológicas, exámenes neuropsicológicos, etc.)
- Resumen del alta, si estuvo hospitalizado durante los seis meses previos
- Plan actual de tratamiento de salud mental

Los proveedores de servicios de salud mental que hagan una derivación al DMH deben asegurarse de adjuntar formularios de *Autorización para Revelar Información* firmados para toda la información clínica enviada con la solicitud de servicios. La presentación de dichos formularios junto con la solicitud, para obtener otros documentos que el DMH necesitará, facilitará el proceso de determinación de elegibilidad para el solicitante. El DMH también puede requerir información clínica adicional según sea necesario.

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/ADOLESCENTS**En vigor desde octubre de 2009****Categorías de razas y etnias**

Las siguientes categorías pueden usarse para completar las categorías “Raza” y “Etnia” de la Solicitud de Servicios para Adultos del DMH. Al completar la solicitud, por favor advierta lo siguiente:

Esta información se solicita para que el DMH pueda prestar sus servicios centrándose en la persona, y para que éstos sean adecuados cultural y lingüísticamente. Esto ayuda a que el Departamento cumpla con las regulaciones y normas pertinentes y permiten la planificación de cualquier necesidad insatisfecha.

Las personas que pertenecen a más de una raza o etnia, pueden identificarse de ese modo.

Proporcionar esta información es opcional. Usted puede elegir si suministra esta información o no. Su decisión no afectará de ninguna manera su solicitud para recibir los servicios de DMH.

RAZA

Las designaciones que aparecen a continuación, provienen del gobierno federal:

Descripción
Negro <input type="radio"/> Africano americano
Asiático
Negro/Hispano
Indio americano/ Nativo de Alaska
Nativo de las Islas del Pacífico/Hawaii
Blanco/Hispano
Blanco/No-Hispano

GRUPO ETNICO

Grupo étnico se define como un grupo de personas que están relacionadas por tener un origen, historia, idioma, costumbres y experiencias culturales en común.

A continuación, presentamos algunos ejemplos de etnias o grupos étnicos:

Descripción		
Albanés	Miao	Polaco
Armenio	Hondureño	Portugués
Bosniano	Indio	Puertorriqueño
Brasileño	Iraní	Ruso
Camboyano	Irlandés	Salvadoreño
Caboverdeano	Iraquí	Somalí
Chino	Israelí	Tailandés
Colombiano	Italiano	Tibetano
Congoleño	Japonés	Ucraniano
Costarricense	Koreano	Venezolano
Dominicano	Laoisiano	Vietnamita
Egipcio	Libanés	Antillano/ Caribeño
Eritreo	Mexicano	
Etíope	Marroquí	
Filipino	Nicaragüense	
Francés	Nigeriano	
Griego	Pakistaní	
Guatemalteco	Panameño	
Haitiano	Peruano	

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/ADOLESCENTES

En vigor desde octubre de 2009

Nombre _____ SSN _____
 (Apellido) (Nombre) (Segundo nombre) (Número de la Seguridad Social)

Dirección _____
 (Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Edad ____ Sexo ____ Raza _____ Etnia _____
 MM DD AAAA (opcional) (opcional)

¿Habla inglés el solicitante? Sí No

Idioma preferido del solicitante _____ ¿Necesita servicios de intérprete? Sí No

Nombre del(los) padre(s) _____

Dirección del(los) padre(s) _____
 (Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Cómo podemos comunicarnos con el o los padres? (Por favor, marque todas las respuestas que se apliquen y anote el número de teléfono y la dirección de correo electrónico)

Teléfono de día/del trabajo () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono por la noche () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono móvil () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____

¿Habla inglés el padre? Sí No ¿Se necesitan servicios de intérprete? Sí No

Idioma preferido del padre _____

¿Tiene el padre la custodia legal? Sí No ¿Tiene el padre la custodia física? Sí No

Si el padre no tiene la custodia legal,

Nombre del tutor legal _____ Relación _____
 (Apellido) (Nombre) (Relación con el solicitante)

Dirección del tutor _____
 (Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Cómo podemos comunicarnos con el tutor? (Por favor, marque todas las respuestas que se apliquen y anote el número de teléfono y dirección de correo electrónico)

Teléfono de día/del trabajo () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono por la noche () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono móvil () _____ ¿Podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico: _____

Seguro de salud

No tiene seguro de salud

Solicitud para el seguro de salud pendiente

Seguro privado: Por favor, especifique: _____

Medicaid

Medicare/Medicaid

¿Está el solicitante actualmente en un hospital, CBAT o ART? Sí No Si contestó sí, ¿dónde? _____

¿Está el solicitante actualmente sin hogar? Sí No Agencia involucrada, si hay alguna: _____

¿Está el solicitante actualmente en libertad condicional? Sí No Se desconoce

Si contestó sí, anote el nombre del funcionario supervisor de la persona en libertad condicional _____

¿Está el solicitante actualmente involucrado con una CHINS? Sí No Se desconoce

¿Está el solicitante involucrado con otra agencia estatal? Sí No Se desconoce Si contestó sí, ¿qué agencia?

DCF DYS DDS

Oficina de Área del DCF _____ Nombre del trabajador del DCF _____

Oficina de Área de DDS/DYS _____ Nombre del trabajador de DDS/DYS _____

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/ADOLESCENTES

En vigor desde octubre de 2009

Información de educación /de la escuela

¿Va el solicitante actualmente a la escuela? Sí No Se desconoce Si contestó sí, anote la escuela y la ciudad/pueblo _____

¿Cuál es la Agencia Educativa Local (LEA, Local Educational Agency) responsable? _____

¿Tiene el solicitante un IEP (Plan de Educación Individualizado)? Sí No Se desconoce

Si contestó sí, ¿qué tipo de servicio(s) de educación especial está recibiendo el solicitante? (Por favor, marque todos los que se apliquen.)

Residencial Otros: Por favor, especifique: _____

De día Se desconoce

¿Tiene el solicitante un Plan de Acomodación 504? Sí No Se desconoce

Proveedor primario de servicios de salud mental: Por favor, indique quién es el proveedor habitual de servicios de salud mental del solicitante. Si no hay una fuente regular de atención de salud mental, use esta sección para indicar la fuente más reciente de atención de salud mental.

Proveedor primario de servicios de salud mental _____
(Apellido) (Nombre)

¿Es el proveedor actual? Sí No

Dirección _____
(Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número de teléfono () _____ Extensión _____

¿Tiene el solicitante un diagnóstico psiquiátrico actual? Sí No Se desconoce Si contestó sí, ¿cuál es? _____

¿Está el solicitante tomando algún medicamento en la actualidad? Sí No Se desconoce Si contestó sí, por favor, enumere todos los medicamentos: _____

Si contestó sí, ¿quién está recetando actualmente estos medicamentos? _____

Salud física general: Por favor, indique quién provee atención regular en salud física al solicitante. Si no hay una fuente regular de atención de salud física, use esta sección para indicar su fuente más reciente de atención médica.

Proveedor primario de atención médica _____ ¿Es el proveedor actual? Sí No
(Apellido) (Nombre)

Número de teléfono () _____ Extensión _____

¿Tiene el solicitante algún problema médico que requiera atención regular? Sí No Se desconoce

¿Le han diagnosticado al solicitante alguna vez un problema neurológico? Sí No Se desconoce

Si contestó sí, por favor describa cualquier problema médico o neurológico actual: _____

¿Por qué está solicitando usted servicios? (marque todos los que se apliquen y use el espacio de abajo para añadir sus propios comentarios)

- Para ayudar a impedir o prevenir que el niño/adolescente se dañe a sí mismo o dañe a otros.
- Para ayudar a que el niño/adolescente maneje sus problemas de salud mental, de modo que pueda hacer amigos y mantenerlos, tener éxito en la escuela y manejar su vida.
- Para ayudar y apoyar al padre/tutor a manejar los síntomas de salud mental del niño/adolescente.

¿Qué clase de servicios cree usted que son necesarios?

SOLICITUD DE SERVICIOS PARA NIÑOS/ADOLESCENTES**En vigor desde octubre de 2009****DETERMINACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA SERVICIOS POR EL DMH**

Nombre del solicitante: _____

- Solicito que el Departamento de Salud Mental (*Department of Mental Health*, DMH) lleve a cabo una determinación de autorización para servicios por el DMH. He adjuntado a esta solicitud formularios de autorización para revelar información firmados, en caso de que sea necesario. Entiendo que el DMH recopilará y revisará los historiales médicos como parte de la determinación de elegibilidad. Entiendo que mi nombre y la información sobre mi persona estarán incluidos en un sistema de mantenimiento de registros del DMH.
- El DMH puede solicitar una entrevista personal conmigo o una evaluación clínica en circunstancias en las que los archivos clínicos disponibles no sean suficientes para hacer una determinación de elegibilidad.
- Me pedirán que revele información sobre mis ingresos y seguro y pueden cobrarme por los servicios de acuerdo con mi capacidad de pago.
- Entiendo que puedo apelar la decisión del DMH si se determinara que el solicitante no está autorizado para recibir servicios porque no reúno los requisitos del DMH.
- He recibido una copia del Aviso de Prácticas de Privacidad del DMH (adjunto a esta solicitud de servicios).
- Autorizo al DMH a comunicarse sobre cuestiones relacionadas con mi elegibilidad para recibir servicios del DMH con la persona identificada más abajo que ayudó a completar esta solicitud. Esta autorización es válida hasta que mi solicitud se haya procesado en forma completa o a menos que yo notifique por escrito al DMH que la revoco.

X

Firma autorizada _____

Nombre (en letra de molde) _____

Fecha de la firma _____

 Padre Tutor legal Solicitante si es un menor emancipado
PERSONA QUE AYUDA AL SOLICITANTE

Esta sección debe ser completada por el proveedor u otra persona que ayude al solicitante a presentar la solicitud.

 Nombre _____ Relación _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Relación con el solicitante)

 Dirección _____
 (Calle y número) (Apt. Nº) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

 Teléfono () _____ Día Noche Celular
PARA PRESENTAR FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN MÉDICA
 Como parte de la determinación de elegibilidad, el Departamento de Salud Mental revisará los archivos de todos los servicios de salud mental que haya recibido el solicitante. Por favor, presente formularios de *Autorización para Revelar Información* firmados junto con la solicitud, si es posible.

1. Por favor, presente un formulario de *Autorización para Revelar Información* firmado **para cada proveedor** de servicios de salud mental. Si los servicios de salud mental se proveen a través de una clínica, por favor, identifique a un proveedor primario de la atención en esa clínica.
2. Además, por favor, presente un formulario de *Autorización para Revelar Información* para cualquier otra información clínica que deba considerarse como parte de la determinación de elegibilidad.
3. Por favor, presente un formulario de *Autorización para Revelar Información* para el plan educativo individual del solicitante, si lo hubiera.
4. Por favor, compruebe que el nombre, dirección y teléfono del proveedor son los correctos en cada formulario de revelación de la información. Contar con los nombres, direcciones y números de teléfono correctos acelera el proceso de revisión de la elegibilidad.

¿Cuántos formularios de *Autorización para Revelar Información* se presentan con esta solicitud?

El Departamento también revisará cualquier archivo médico que el solicitante o quienes le ayudan puedan tener en su poder y deseen presentar para su consideración.

1. Por favor, complete y firme un formulario de *Autorización para Revelar Información* para cada archivo médico que se adjunte a esta solicitud en caso de que el personal del DMH necesite clarificar la información contenida en el informe.
2. Las copias de los informes médicos no pueden devolverse. Por eso, por favor, no envíe copias originales.

¿Cuántas copias de informes médicos se adjuntan a esta solicitud?

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
Autorización para revelar y recibir información

Nombre: Otros(s) nombre(s):
Dirección: Teléfono:
Nº del seguridad social Fecha de nacimiento:

Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH) a recibir y revelar información de o a la persona, agencia o centro nombrado a continuación, ya sea en forma verbal o escrita, como se indica en esta autorización.

Nombre: Atención: Teléfono:
Calle: Ciudad/población: Estado: Código postal:

Información de contacto en el DMH:

Nombre: Teléfono:
Dirección:

La persona que completa este formulario debe proveer detalles con respecto a las fecha(s) de la información solicitada. Por favor, tenga en cuenta que una solicitud de revelación de notas de psicoterapia no puede combinarse con ningún otro tipo de solicitud. Especifique qué información se revelará, por ejemplo, historial completo, documentación de admisión(ones), resumen(resúmenes) de alta, resumen(resúmenes) de traslados, evaluaciones, valoraciones y pruebas, consulta(s) incluyendo nombres de los especialistas, plan(es) de tratamiento, ISP(s) y PSTP(s), informes de examen físico y de laboratorio, nota(s) de evolución:

Propósito de la autorización:

- El sujeto de la información o su Representante Personal inició la autorización (no se requiere un propósito específico)
- Coordinar la atención Facilitar la facturación
- Derivación Obtener cobertura de seguro médico, ayuda económica u otros beneficios
- Otro propósito (por favor, especifique)

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

Autorización para revelar y recibir información
(continuación)

Nombre de la persona/centro/agencia diferente al DMH que recibirá o revelará información: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la dirección del DMH identificada en la página uno. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado conforme a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación según los términos de mi póliza. Esta autorización expirará (especifique una fecha, período de tiempo o acontecimiento) _____ o, si no se especifica nada, expirará en el momento en que yo deje de recibir servicios del DMH. Entiendo que una vez que la información mencionada más arriba se revela a una persona, centro o agencia externo al DMH, el receptor puede volver a revelarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales. Entiendo que la autorización del uso o revelación de la información identificada más arriba es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios del DMH y/o de la otra persona, centro o agencia nombrado. Sin embargo, la imposibilidad de compartir u obtener información puede evitar que el DMH, y/o la otra persona, centro o agencia nombrado, proporcione la atención apropiada y necesaria.

Su firma o la del Representante Personal

Fecha

Nombre de la persona que firma en letra de molde

SI LA FIRMA ES DE UN REPRESENTANTE PERSONAL, SE NECESITA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Tipo de autoridad (por ejemplo, designado por un tribunal, padre con derecho a custodia) _____

Revelaciones de información autorizadas especialmente (por favor, marque todas las que se apliquen)

____ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a tratamiento por alcoholismo o drogadicción que está protegida por la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2, autorizo específicamente la revelación de dicha información.

____ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a pruebas de antígenos y anticuerpos del VIH que está protegida por MGL c.111 §70F, un diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, autorizo específicamente la revelación de dicha información

Su firma o la del Representante Personal

Fecha

INSTRUCCIONES:

1. Este formulario debe completarse en su totalidad para que se considere válido.
 2. Distribución de copias: original para el expediente apropiado del DMH; copia para el Individuo o el Representante Personal; copia para la persona/centro/agencia que presenta la solicitud.
-

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
Autorización para revelar y recibir información

Nombre: Otros(s) nombre(s):
Dirección: Teléfono:
Nº del seguridad social Fecha de nacimiento:

Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH) a recibir y revelar información de o a la persona, agencia o centro nombrado a continuación, ya sea en forma verbal o escrita, como se indica en esta autorización.

Nombre: Atención: Teléfono:
Calle: Ciudad/población: Estado: Código postal:

Información de contacto en el DMH:

Nombre: Teléfono:

Dirección:

La persona que completa este formulario debe proveer detalles con respecto a las fecha(s) de la información solicitada. Por favor, tenga en cuenta que una solicitud de revelación de notas de psicoterapia no puede combinarse con ningún otro tipo de solicitud. Especifique qué información se revelará, por ejemplo, historial completo, documentación de admisión(ones), resumen(resúmenes) de alta, resumen(resúmenes) de traslados, evaluaciones, valoraciones y pruebas, consulta(s) incluyendo nombres de los especialistas, plan(es) de tratamiento, ISP(s) y PSTP(s), informes de examen físico y de laboratorio, nota(s) de evolución:

Propósito de la autorización:

- El sujeto de la información o su Representante Personal inició la autorización (no se requiere un propósito específico)
- Coordinar la atención Facilitar la facturación
- Derivación Obtener cobertura de seguro médico, ayuda económica u otros beneficios
- Otro propósito (por favor, especifique)

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

Autorización para revelar y recibir información
(continuación)

Nombre de la persona/centro/agencia diferente al DMH que recibirá o revelará información: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la dirección del DMH identificada en la página uno. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado conforme a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación según los términos de mi póliza. Esta autorización expirará (especifique una fecha, período de tiempo o acontecimiento) _____ o, si no se especifica nada, expirará en el momento en que yo deje de recibir servicios del DMH. Entiendo que una vez que la información mencionada más arriba se revela a una persona, centro o agencia externo al DMH, el receptor puede volver a revelarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales. Entiendo que la autorización del uso o revelación de la información identificada más arriba es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios del DMH y/o de la otra persona, centro o agencia nombrado. Sin embargo, la imposibilidad de compartir u obtener información puede evitar que el DMH, y/o la otra persona, centro o agencia nombrado, proporcione la atención apropiada y necesaria.

Su firma o la del Representante Personal

Fecha

Nombre de la persona que firma en letra de molde

SI LA FIRMA ES DE UN REPRESENTANTE PERSONAL, SE NECESITA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Tipo de autoridad (por ejemplo, designado por un tribunal, padre con derecho a custodia) _____

Revelaciones de información autorizadas especialmente (por favor, marque todas las que se apliquen)

____ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a tratamiento por alcoholismo o drogadicción que está protegida por la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2, autorizo específicamente la revelación de dicha información.

____ En la medida en que mi historial médico contenga información concemiente a pruebas de antígenos y anticuerpos del VIH que está protegida por MGL c.111 §70F, un diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, autorizo específicamente la revelación de dicha información

Su firma o la del Representante Personal

Fecha

INSTRUCCIONES:

1. Este formulario debe completarse en su totalidad para que se considere válido.
 2. Distribución de copias: original para el expediente apropiado del DMH; copia para el Individuo o el Representante Personal; copia para la persona/centro/agencia que presenta la solicitud.
-

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH
Autorización para revelar y recibir información

Nombre: Otros(s) nombre(s):
Dirección: Teléfono:
Nº del seguridad social Fecha de nacimiento:

Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH) a recibir y revelar información de o a la persona, agencia o centro nombrado a continuación, ya sea en forma verbal o escrita, como se indica en esta autorización.

Nombre: Atención: Teléfono:
Calle: Ciudad/población: Estado: Código postal:

Información de contacto en el DMH:

Nombre: Teléfono:
Dirección:

La persona que completa este formulario debe proveer detalles con respecto a las fecha(s) de la información solicitada. Por favor, tenga en cuenta que una solicitud de revelación de notas de psicoterapia no puede combinarse con ningún otro tipo de solicitud. Especifique qué información se revelará, por ejemplo, historial completo, documentación de admisión(ones), resumen(resúmenes) de alta, resumen(resúmenes) de traslados, evaluaciones, valoraciones y pruebas, consulta(s) incluyendo nombres de los especialistas, plan(es) de tratamiento, ISP(s) y PSTP(s), informes de examen físico y de laboratorio, nota(s) de evolución:

Propósito de la autorización:

- El sujeto de la información o su Representante Personal inició la autorización (no se requiere un propósito específico)
- Coordinar la atención Facilitar la facturación
- Derivación Obtener cobertura de seguro médico, ayuda económica u otros beneficios
- Otro propósito (por favor, especifique)

Una copia de esta autorización se considerará tan válida como la original.

COMMONWEALTH OF MASSACHUSETTS
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

Autorización para revelar y recibir información
(continuación)

Nombre de la persona/centro/agencia diferente al DMH que recibirá o revelará información: _____

Entiendo que tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la dirección del DMH identificada en la página uno. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se haya revelado conforme a esta autorización. Entiendo que la revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley otorgue a mi asegurador el derecho a impugnar una reclamación según los términos de mi póliza. Esta autorización expirará (especifique una fecha, período de tiempo o acontecimiento) _____ o, si no se especifica nada, expirará en el momento en que yo deje de recibir servicios del DMH. Entiendo que una vez que la información mencionada más arriba se revela a una persona, centro o agencia externo al DMH, el receptor puede volver a revelarla y la información puede no estar protegida por las leyes o regulaciones de privacidad federales o estatales. Entiendo que la autorización del uso o revelación de la información identificada más arriba es voluntario. No necesito firmar este formulario para recibir tratamiento o servicios del DMH y/o de la otra persona, centro o agencia nombrado. Sin embargo, la imposibilidad de compartir u obtener información puede evitar que el DMH, y/o la otra persona, centro o agencia nombrado, proporcione la atención apropiada y necesaria.

Su firma o la del Representante Personal

Fecha

Nombre de la persona que firma en letra de molde

SI LA FIRMA ES DE UN REPRESENTANTE PERSONAL, SE NECESITA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN

Tipo de autoridad (por ejemplo, designado por un tribunal, padre con derecho a custodia) _____

Revelaciones de información autorizadas especialmente (por favor, marque todas las que se apliquen)

____ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a tratamiento por alcoholismo o drogadicción que está protegida por la Regulación Federal 42 CFR, Parte 2, autorizo específicamente la revelación de dicha información.

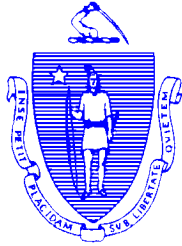
____ En la medida en que mi historial médico contenga información concerniente a pruebas de antígenos y anticuerpos del VIH que está protegida por MGL c.111 §70F, un diagnóstico o tratamiento de VIH/SIDA, autorizo específicamente la revelación de dicha información

Su firma o la del Representante Personal

Fecha

INSTRUCCIONES:

1. Este formulario debe completarse en su totalidad para que se considere válido.
 2. Distribución de copias: original para el expediente apropiado del DMH; copia para el Individuo o el Representante Personal; copia para la persona/centro/agencia que presenta la solicitud.
-



Estado de Massachusetts Departamento de Salud Pública

Aviso de Prácticas de Privacidad

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y REVELAR LA INFORMACIÓN MÉDICA* SOBRE USTED Y CÓMO USTED PUEDE TENER ACCESO A ESTA INFORMACIÓN.

*Información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés)

POR FAVOR, LEA ATENTAMENTE

Aviso en vigor desde: el septiembre de 2009

Versión 5

Privacidad

Las leyes estatales y federales requieren que el Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) mantenga la privacidad de la información protegida de salud (PHI, por sus siglas en inglés). La PHI es toda información identificable acerca de su salud mental o física, la atención médica que usted recibe y el pago por su atención médica.

La ley requiere que el DMH le proporcione este aviso para explicarle cómo puede usar y revelar su PHI e informarle acerca de sus derechos de privacidad. El DMH debe seguir las prácticas de privacidad tal como se establece en su Aviso de Prácticas de Privacidad más actual.

Este aviso se refiere solamente al uso/revelación de PHI. No cambia la ley, regulaciones y políticas existentes respecto al consentimiento informado para recibir tratamiento.

Cambios a este Aviso

El DMH puede cambiar sus prácticas de privacidad y los términos de este aviso en cualquier momento. Los cambios se aplicarán a PHI que el DMH ya tenga, así como a PHI que el DMH reciba en el futuro. El aviso de privacidad más actual se publicará en los centros y programas del DMH, y en la página web del DMH (www.state.ma.us/dmh), y estará disponible a pedido. Todo aviso de privacidad estará fechado.

¿Cómo usa y revela PHI el DMH?

El DMH puede usar/revelar su PHI con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica sin su autorización. De otra manera, se necesita su autorización por escrito a menos que se aplique una excepción mencionada en este aviso.

Usos/revelaciones en relación con el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica

Los siguientes ejemplos describen algunos, pero no todos, los usos/revelaciones que se hacen con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica.

Para tratamiento – De acuerdo con sus regulaciones y políticas, el DMH puede usar/revelar PHI a médicos, enfermeras, proveedores de servicios y otro personal (por ejemplo, intérpretes), que participan en la provisión de su atención médica y servicios relacionados. Su PHI se usará para determinar su solicitud para recibir servicios del DMH, para ayudar en el desarrollo de su tratamiento y/o plan de servicios y para realizar revisiones y evaluaciones periódicas. Su PHI puede compartirse con otros profesionales y proveedores de atención médica para obtener recetas, análisis de laboratorio, consultas y otros servicios necesarios para su atención.

Para obtener pago – De acuerdo con las restricciones establecidas en sus regulaciones y políticas, el DMH puede usar/revelar su PHI para facturar y obtener el pago por sus servicios de atención médica. El DMH puede revelar partes de su PHI al programa de Medicaid o Medicare o a un tercero encargado del pago para determinar si ellos harán el pago, obtener la aprobación previa y respaldar cualquier reclamación o factura.

Para operaciones de atención médica – El DMH puede usar/revelar PHI para respaldar actividades como planificación de programas, actividades de coordinación y administrativas, control de calidad, recepción y respuesta de quejas, programas de cumplimiento (por ejemplo, Medicare), auditorías, entrenamiento y acreditación de profesionales de la atención médica y certificación y acreditación (por ejemplo, JCAHO).

Recordatorios de citas

El DMH puede usar su PHI para recordarle una cita o darle información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan interesarle.

Usos/revelaciones que requieren autorización

Se requiere que el DMH tenga una autorización escrita suya o de su representante personal, con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre, para usos/revelaciones que vayan más allá de lo relacionado con tratamiento, pago y operaciones de atención médica, a menos que se aplique una de las excepciones abajo mencionadas. Usted puede cancelar una autorización en cualquier momento, si lo hace por escrito. Una cancelación detendrá futuros usos/revelaciones, excepto en la medida en que el DMH ya haya actuado conforme a su autorización.

Excepciones

- Para procedimientos judiciales de custodia o confinamiento cuando el DMH sea una parte interesada
- Para procedimientos judiciales si se cumplen ciertos criterios
- Para la protección de víctimas de abuso o negligencia
- Con fines de investigación, después de una revisión interna estricta
- Si usted está de acuerdo, en forma verbal o de otra manera, el DMH puede revelar una cantidad limitada de PHI con los siguientes fines:
 - **Asuntos religiosos** – Su afiliación religiosa puede compartirse con representantes del clero
 - **A familiares y amigos** – El DMH puede compartir información directamente relacionada con la participación de familiares y amigos en su atención médica, o el pago por ésta
- A una institución correccional si usted es un presidiario
- Para actividades de vigilancia federal y estatal como investigaciones de fraude, reporte habitual de incidentes y actividades de protección y mediación
- Si la ley, las autoridades de aplicación de la ley o la seguridad nacional así lo requiere
- A la Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos (EOHHS, por sus siglas en inglés) y/o sus agencias, como MassHealth, DCF, DDS, DYS, DTA y DPH para funciones como provisión de servicios, elegibilidad y coordinación del programa.
- Para evitar una amenaza seria e inminente a la salud o la seguridad pública
- Para actividades de salud pública como seguimiento de enfermedades e informe de estadísticas esenciales
- Ante un fallecimiento, a directores de funerarias y ciertas organizaciones de procuración de órganos

Sus Derechos

Usted, o un representante personal con autoridad legal para tomar decisiones de atención médica en su nombre, tiene derecho a:

- Pedir que el DMH use una dirección o número de teléfono específico para ponerse en contacto con usted. El DMH no está obligado a cumplir con su pedido.

- Obtener, a pedido, una copia impresa de este aviso o cualquier revisión de éste, aunque usted haya aceptado recibirla por medios electrónicos.
- *Inspeccionar y copiar PHI que pueda usarse para tomar decisiones acerca de su atención médica. El acceso a sus expedientes puede estar restringido en circunstancias limitadas. Si se le niega el acceso, en ciertas circunstancias, usted puede pedir la revisión de la denegación. Pueden cobrarse tarifas por la copia y envío postal.
- *Solicitar adiciones o correcciones a su PHI. El DMH no está obligado a cumplir con un pedido. Si el DMH no cumple con su pedido, usted tiene ciertos derechos.
- *Recibir una lista de los individuos que han recibido su PHI del DMH (excluyendo revelaciones que usted haya autorizado o aprobado, revelaciones hechas con fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica y algunas revelaciones exigidas).
- *Pedir que el DMH restrinja la manera en que usa o revela su IPS. El DMH no está obligado a cumplir con una restricción.

*** Estos pedidos deben hacerse por escrito**

Para ponerse en contacto con el DMH o presentar una queja

Si usted desea obtener más información acerca de las prácticas de privacidad del DMH, o desea ejercer sus derechos, o cree que se han violado sus derechos de privacidad, o desea presentar queja, puede ponerse en contacto con:

DMH Privacy Officer
Department of Mental Health
25 Staniford Street
Boston, MA 02114
Teléfono: 617-626-8160
Fax: 617-626-8131.

PrivacyOfficer@dmh.state.ma.us