OFICINA EJECUTIVA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS
OFICINA DE MEDICAID (MASSHEALTH)

AUTORIZACIÓN PARA RECIBIR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN *CANS (CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS)*

Nombre del afiliado de MassHealth (Afiliado) _____

Nombre del evaluador de salud del comportamiento (Evaluador) _____

Nombre de la organización proveedora (Proveedor) _____

_____ (el afiliado) es menor de 21 años y está sometiéndose a una evaluación de salud del comportamiento.

Según el reglamento de MassHealth, a veces los proveedores de salud del comportamiento deben realizar una evaluación completa de los afiliados menores de 21 años. Los proveedores deben usar un instrumento especial que se conoce como Evaluación de las necesidades y fortalezas del niño y el adolescente (*CANS*, siglas en inglés de *Child and Adolescent Needs and Strengths*) para recolectar la información necesaria de la evaluación. El *CANS* de los afiliados que están recibiendo tratamiento debe actualizarse por lo menos cada 90 días.

MassHealth exige que los proveedores de salud del comportamiento usen el *CANS* para garantizar que los servicios de salud del comportamiento que se ofrezcan a los afiliados satisfagan sus necesidades y que todos los registros de evaluación se mantengan de la misma forma. Si todos los proveedores mantienen sus registros de la misma forma mediante el uso del *CANS*, la comunicación entre varios proveedores de un mismo afiliado será más fácil. El *CANS* también le servirá a MassHealth para ver si los servicios fueron útiles para un afiliado con el paso del tiempo.

Con mi firma al pie de este documento, autorizo al proveedor para que le entregue a MassHealth toda la información que se tenga en cualquier *CANS* del afiliado. El proveedor puede darle a MassHealth la información de los *CANS* en la forma en que se describe en este documento y por las razones descritas en este documento.

El proveedor puede ingresar la información del *CANS* en el sistema informático de *CANS* de MassHeath cada vez que un *CANS* se lleve a cabo o se actualice.

MassHealth puede usar la información del *CANS* en las formas que la ley permite, como:

- verificar que el afiliado reciba los servicios que necesita;
- verificar que el afiliado reciba servicios que le ayuden con el tiempo; y
- realizar estudios que sean útiles para MassHealth;
  - evaluar o mejorar los servicios que se ofrecen a los afiliados;
  - decidir si se van a desarrollar nuevos servicios; y
  - decidir cómo reducir los costos de la atención médica.

MassHealth puede usar el sistema informático de *CANS* para enviar información del *CANS* a cualquier entidad de cuidado médico administrado de MassHealth en la que el afiliado esté inscrito. MassHealth quiere hacerlo para que dicha entidad pueda atender mejor al afiliado y verificar que haya recibido los servicios que éste necesitaba. Después de que la entidad de cuidado médico administrado reciba la información del *CANS*, MassHealth ya no tendrá control sobre ella. La entidad de cuidado médico administrado decidirá cómo usar o revelar la información, según lo permite la ley.

Sé que MassHealth tendrá que usar o revelar la información del *CANS* en las formas que la ley exige. También sé que MassHealth puede retirar información que identifique al afiliado. Puede usar o revelar la información restante por cualquier motivo.

Puedo anular esta autorización por escrito en cualquier momento en las formas aquí mencionadas. Le puedo dar al proveedor una carta que diga que deseo anular mi autorización. El proveedor me dirá a dónde tengo que dirigir la carta. También puedo enviar una carta a MassHealth. La carta para MassHealth debe enviarse a: Children's Behavioral Health Initiative, attn: CBHI Consent, 1 Ashburton Place, 5th Floor, Boston Massachusetts, 02108.

La carta en la que anule mi autorización debe:

- indicar el nombre del afiliado;
- contener la fecha de nacimiento del afiliado;
- decir quién soy yo; y
- decir si yo soy el afiliado, el padre del afiliado que tiene su tutela legal, o explicar por qué puedo actuar en nombre del afiliado.

La información de *CANS* que haya ingresado en el sistema informático de *CANS* antes de que yo anule mi autorización ya no se podrá recuperar. La información de *CANS* que la entidad de cuidado médico administrado recibió antes de que yo anulara mi autorización no se podrá recuperar.

La información que se entregue con base en esta autorización tal vez no esté protegida por las mismas leyes que rigen cuando el proveedor o MassHealth tienen en su poder la información. Es posible que la información se entregue a terceros de nuevo.

Puedo ponerle una fecha de finalización a este documento. Si no lo hago, la autorización caducará un año después de la fecha de mi firma. Si el afiliado todavía está recibiendo servicios de salud del comportamiento de ese proveedor cuando mi autorización caduque, me preguntarán si quiero otorgar mi autorización de nuevo.

He leído esta autorización en su totalidad. La he firmado voluntariamente. Sé que los servicios que el afiliado recibe no se verán afectados de ninguna manera si no firmo este documento o si decido anularlo en el futuro.

He recibido una copia de esta autorización escrita.

_____
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma la autorización

_____
Firma de la persona que firma su autorización

_____
Fecha de firma (fecha de inicio de la autorización)

_____
Fecha en que finaliza la autorización (Si no hay una fecha escrita en esta línea, la autorización caducará un año después de la fecha de firma.)

Por favor marque la razón por la cual usted firma esta autorización según la ley.

_____ Soy el afiliado. Tengo 18 años de edad o más. Si no tengo 18 años de edad o más, puedo dar mi autorización por otras razones que contempla la ley.

_____ Soy el padre con tutela legal del afiliado.

_____ Puedo actuar en nombre del afiliado para otorgar autorización de entregar su información médica. He adjuntado un documento legal que muestra por qué puedo hacerlo.