

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth



Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Instrucciones para completar el suplemento

Usted ha indicado en su solicitud de MassHealth que tiene una discapacidad. Las normas para discapacidad exigen que la discapacidad haya durado por lo menos 12 meses o se espera que dure ese tiempo. Los Servicios de evaluación de discapacidad de UMass (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) revisarán su solicitud de discapacidad para MassHealth. Es muy importante que usted complete este Suplemento de discapacidad.

Para obtener MassHealth en base a su discapacidad, usted debe darnos información sobre

- sus proveedores de servicios médicos y de salud mental. Estos pueden incluir médicos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas de los cuales usted reciba o haya recibido tratamiento; y
- usted: su historia laboral en los últimos 15 años, su nivel de estudios y sus actividades diarias.

Al completar el Suplemento de discapacidad, usted nos dará esta información y así podremos tomar una decisión rápida.

Por favor, lea las siguientes instrucciones antes de empezar.

- Complete el suplemento lo mejor que pueda, con letra de imprenta o escriba con claridad.
- Firme y escriba la fecha en el Formulario de autorización para divulgar información médica para cada uno de los proveedores de servicios médicos y de salud mental que haya enumerado en el suplemento.
- Después de haber completado el suplemento, envíelo a
Disability Evaluation Services/UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

El DES solicitará sus archivos médicos e información sobre su tratamiento a los proveedores que usted haya nombrado. Si usted tiene en su poder alguno de sus archivos médicos, por favor envíe una copia con este formulario. Si se llegara a necesitar más información o exámenes, un miembro del DES se comunicará con usted. Su elegibilidad se determinará más rápidamente si todas las secciones del suplemento están completas.

Esto no es una solicitud para beneficios médicos. Si usted aún no ha llenado una solicitud de MassHealth, debe llenarla adicionalmente a este formulario. Si tiene preguntas sobre cómo hacer su solicitud, por favor llame al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

Si necesita ayuda para llenar este formulario, puede llamar a la Línea directa de ayuda de los Servicios de Evaluación de Discapacidad de UMass (DES), al 1-888-497-9890. Llene todas las secciones de este formulario. Si no lo hace, es posible que no podamos determinar si usted está discapacitado.

Información sobre usted Masculino Femenino

Apellido Nombre Inicial			Número de seguro social		
Dirección				Número de departamento/suite	
Ciudad/pueblo		Estado	Código postal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Número telefónico de la casa		Número de teléfono celular		Número telefónico del trabajo/otro número	

Es posible que tengamos que hacerle una cita con el médico. ¿Cuáles son los horarios más convenientes para que usted vaya a una cita?

Por favor marque todos los horarios que sean mejores para usted.

- Cualquier hora/día Lunes a.m. Martes a.m. Miércoles a.m. Jueves a.m. Viernes a.m.
 Lunes p.m. Martes p.m. Miércoles p.m. Jueves p.m. Viernes p.m.

¿Solicitó beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI? yes no

Si respondió **sí**, ¿fue a ver a un médico para que le hiciera un examen?

Nombre del médico _____ Fecha del examen ____/____/____

PARTE 1 Sus problemas de salud

Enumere y describa todos sus problemas médicos y de salud mental. Si está recibiendo tratamiento para el problema, por favor díganos qué tipo de tratamiento.

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.	Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.	Fecha en que empezó el problema.	Medicamentos/ tratamiento
<i>Depresión</i>	<i>Siempre estoy cansado/a. Me cuesta trabajo levantarme en las mañanas. Lloro mucho durante el día. No puedo controlar mi llanto.</i>	<i>Abril 2010</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Dolor de espalda</i>	<i>El dolor empieza en la parte baja de la espalda y me baja por la pierna.</i>	<i>Junio 2007</i>	<i>Skelexin</i>

¿Alguno de sus problemas de salud empezó debido a un accidente o lesión? sí no

Si respondió **sí**, por favor explique brevemente.

PARTE 2 Información sobre todos sus proveedores de servicios médicos y de salud mental

El año pasado, ¿recibió atención médica? sí no

Si respondió **sí**, por favor enumere todos los proveedores de servicios médicos y de servicios de salud mental que le hayan dado tratamiento a cualquiera de sus problemas de salud desde que éstos empezaron. Los proveedores de servicios médicos y de salud mental pueden incluir médicos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas que le dan tratamiento. Si le hace falta espacio, puede escribir en una hoja aparte.

Si recibe tratamiento de un solo centro de servicios, escriba solamente ese centro.

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental	Razón de la consulta	¿Fue esta consulta en el último año?
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Por favor llene un **Formulario de autorización para divulgar información médica** por cada uno de los proveedores de servicios médicos y de salud mental de esta lista. Asegúrese de firmar y escribir la fecha en cada formulario. Estos formularios de autorización para divulgar información se encuentran al final de este paquete. Si necesita más copias del Formulario de autorización para divulgar información médica, llame al Centro de inscripción de MassHealth al 1-888-665-9993 (TTY: 1-888-665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o descargue el formulario en www.mass.gov/masshealth.

PARTE 3 Su lugar de vivienda

¿En dónde vive? (Marque una respuesta.) Casa o departamento Casa grupal Instalaciones del estado
 Centro de enfermería Hospital de rehabilitación Sin hogar Otro (describa) _____

PARTE 4 Lo que usted puede hacer

¿Es usted diestro/derecho? zurdo/izquierdo?

¿Sus problemas médicos o de salud mental le dan dificultades para realizar cualquiera de las siguientes actividades?

	Si respondió sí, marque aquí	Si respondió sí, por favor explique a continuación.
Vestirse y bañarse	✓	<i>El dolor en mi hombro no me deja levantar el brazo por encima de la cabeza. Por eso me cuesta trabajo ponerme la camisa o lavarme el cabello.</i>
Trabajo doméstico regular	✓	<i>Cuando estoy deprimido/a, no me importa si mi casa está limpia.</i>
Sentarse		
Estar de pie		
Caminar		
Agacharse		
Estirarse para alcanzar algo		
Levantar cosas		
Recordar		
Ver		
Oír		
Usar las manos		
Vestirse y bañarse		
Trabajo doméstico regular		
Escuchar música		
Mirar televisión		
Usar la computadora		
Leer		
Hablar por teléfono		
Salir de la casa		
Dar un paseo		
Ir de compras		
Ir al médico		
Visitar a familiares y amigos		
Ir a la escuela		
Manejar dinero/usar el cajero automático (ATM)		
Conducir un auto		
Tomar el autobús, el tren o un taxi		
Hacer deporte		
Otro (describa)		

PARTE 5 Su idioma

- ¿Habla inglés? sí no limitado
- ¿Entiende inglés? sí no limitado
- ¿Lee inglés? sí no limitado
- ¿Escribe inglés? sí no limitado
- ¿Cuál es su primer idioma? _____
- ¿Puede leer en su primer idioma? sí no limitado
- ¿Puede escribir en su primer idioma? sí no limitado

PARTE 6 Escuela/Educación

Marque el grado escolar más alto que haya terminado.

- K 1 2 3 4 5 6 7 8 Título de asociado
 9 10 11 12 GED Título de licenciatura

¿En qué año terminó este grado? _____ ¿Dónde estudió? _____

- ¿Repitió algún grado? sí no
- ¿Estuvo en educación especial? sí no no estoy seguro
- ¿Terminó más de 12 años de escuela? sí no

Si respondió **sí**, por favor escriba su grado y concentración (major) _____

¿Recibió alguna otra capacitación? sí no

Si respondió **sí**, por favor llene las secciones a continuación.

Tipo de capacitación	Año	¿Terminó?	¿Certificación/Licencia?
Oficios relacionados con la construcción		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Electrónica		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Cocina		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Mecánica automotriz		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Computadoras		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Peluquería		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Cosmetología		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Auxiliar de enfermería		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Secretariado		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Otro (describa)		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

PARTE 7 Su trabajo

- ¿Trabaja actualmente? sí no
- Si respondió **no**, ¿cuándo dejó de trabajar? Fecha ___ / ___ / ___
- ¿Alguna de sus condiciones físicas o de salud mental le causó problemas en el trabajo? sí no
- Si respondió **sí**, explique.
- _____
- _____
- _____

Parte 7. Su trabajo (continuación)

Enumere todos los trabajos que haya tenido en los últimos 15 años lo mejor que pueda. Si no sabe las fechas exactas, escriba la que se acerque más. Empiece con el trabajo que tiene ahora o con su último trabajo. Si necesita más espacio, puede usar una hoja adicional; también puede adjuntar su hoja de vida (resume) si la tiene.

Aquí tiene una muestra

Nombre del puesto <i>Empacador</i>	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año) <i>Marzo 2012</i> Hasta (Mes/Año) <i>Mayo 2012</i>	
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.) <i>Ponía tres pelotas de golf en una caja pequeña. Empacaba 24 cajas pequeñas en un cajón. Sellaba el cajón con cinta para embalar. Ponía los cajones llenos en una plataforma.</i>		
¿Cuántas horas a la semana trabajaba? <i>40</i>	¿Cuánto le pagaban por hora? <i>\$9.00/hora</i>	
Razón para dejar este trabajo <i>Me mudé</i>		

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año)		Hasta (Mes/Año)
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)			
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?		¿Cuánto le pagaban por hora?	
Razón para dejar este trabajo			

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año)		Hasta (Mes/Año)
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)			
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?		¿Cuánto le pagaban por hora?	
Razón para dejar este trabajo			

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año)		Hasta (Mes/Año)
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)			
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?		¿Cuánto le pagaban por hora?	
Razón para dejar este trabajo			

¿Cuántas horas a la semana trabajaba?		¿Cuánto le pagaban por hora?	
Razón para dejar este trabajo			

Marque cada una de las cosas que hace en su trabajo. Si no trabaja, marque las cosas que hizo en su último trabajo.

- Hacer trámites Usar la computadora Ensamblaje Manejar máquinas Archivar Servir a personas
 Contar y empacar Construcción Usar el teléfono Conducir auto o camión Mover cosas Limpiar
 Usar máquinas de oficina Usar caja registradora Manejar un montacargas Usar herramientas eléctricas
 Usar herramientas manuales Otro (por favor describa) _____

Encierre en un círculo el número de horas en que hace cada actividad en su trabajo. Si no trabaja, encierre en un círculo el número de horas en que hizo cada actividad en su último trabajo.

Actividad	Horas en un día								
Caminar o estar de pie	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estar sentado	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estirarse para alcanzar algo	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Marque el peso que levanta o carga con más frecuencia

- Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras 100 libras Más de 100 libras

Marque el máximo peso que levanta

- Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras 100 libras Más de 100 libras

PARTE 8 Sus comentarios

Use este espacio para escribir cualquier información adicional acerca de por qué usted no puede trabajar.

PARTE 9 Su firma y sus derechos

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE.

Usted tiene derecho a la privacidad. La información en este formulario es confidencial. Se tomarán todas las precauciones posibles para asegurar sus derechos a la privacidad.

Firma del solicitante/tutor/representante autorizado _____ Fecha _____

Representante autorizado

Si este formulario está siendo completado por alguien con la autoridad legal para proceder a nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un hijo adulto con discapacidad o cónyuge, un representante autorizado o un tutor legal), sírvase proporcionarnos la siguiente información.

Firma de la persona que llenó este formulario _____

Escriba el nombre con letra de imprenta _____

Autoridad de la persona que llenó este formulario a nombre del solicitante/afiliado _____

Es posible que el DES le envíe copias de avisos al representante autorizado. Esta área no autoriza la divulgación de expedientes médicos.

Usted puede escoger a un representante autorizado para que le ayude con algunas o todas las responsabilidades de solicitar o recibir beneficios médicos.

Usted puede hacer esto al llenar un Formulario de designación de representante autorizado de MassHealth (ARD, por sus siglas en inglés). Si desea solicitar el formulario ARD, llame al Servicio al Cliente de MassHealth al 1-800-841-2900 (TTY: 1-800-497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

AYUDA CON ESTE FORMULARIO

¿Necesitó ayuda para llenar este formulario? sí no

Si respondió **sí**, ¿por qué necesitó ayuda? _____

RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

- completar un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada uno de los proveedores de servicios médicos o de salud mental enumerados en la página 2?
- firmar todos los formularios de autorización para divulgar información médica?
- firmar el suplemento de discapacidad anterior?
- incluir un Formulario de designación del representante autorizado (ARD) completado y firmado si es necesario?



Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Servicio de Evaluación de Discapacidad de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth nos ayuda a obtener información médica de su proveedor de atención de salud, para que el Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth pueda tomar una determinación de discapacidad.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar el formulario. Si deja cualquier sección en blanco en este formulario, esta autorización no será válida y el proveedor de servicios médicos no podrá facilitarle su información al DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios médicos no le proporciona la información médica al DES de MassHealth, no podremos determinar si se trata o no de una discapacidad.

Instrucciones generales para llenar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Debe seguir estas instrucciones cuando complete los Formularios de autorización para divulgar información médica. Los proveedores de servicios médicos no enviarán los expedientes médicos al DES de MassHealth si usted no completa los formularios correctamente. No podemos hacer una determinación de discapacidad sin copias de los expedientes médicos.

1. Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios médicos que haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
2. Todas las firmas deben ponerse en tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos con la firma.
3. Solamente puede haber una firma en cada línea.
4. Si este formulario es para un menor de 18 años, el padre, la madre o tutor legal del menor debe firmar en nombre del menor.

SECCIÓN I

Se autoriza al proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II para que divulgue la información médica indicada en la Sección III referente a _____ con el DES de MassHealth.
(Por favor escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante o afiliado)

SECCIÓN II

Por favor escriba con letra de imprenta el nombre del proveedor de servicios médicos que puede divulgar información médica con el DES de MassHealth.

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios médicos

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Teléfono ()

SECCIÓN III

El proveedor de servicios médicos nombrado en la **Sección II** anteriormente puede divulgar la siguiente información al DES de MassHealth para determinar la elegibilidad para beneficios de MassHealth.

Todo expediente médico y cualquier otra información referente a mi tratamiento, hospitalización o atención ambulatoria debido a condiciones, entre otras

- ◆ impedimentos psicológicos/psiquiátricos ◆ como impedimentos afectan las actividades diarias y la capacidad para trabajar
- ◆ SIDA/VIH ◆ uso de alcohol y drogas ◆ otra (por favor describa) _____

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información sobre el estado de SIDA/VIH.

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca del uso de alcohol o drogas.

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios médicos divulgue al Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth seguirá siendo protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Esta autorización para divulgar información médica al DES de MassHealth vence en seis meses contados a partir de la fecha en que usted firme este formulario de autorización, a menos que haya cancelado la autorización por escrito antes de esa fecha.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta enviada al proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque cancele esta autorización, el proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II no puede retirar ninguna información que le haya divulgado al DES de MassHealth cuando tenía mi autorización para hacerlo.

También entiendo que mi decisión de autorizar o no autorizar al proveedor de servicios médicos para divulgarle información médica al DES de MassHealth es voluntaria. Sin embargo, también entiendo que si no autorizo al proveedor de servicios médicos para que le divulgue información médica al DES de MassHealth, el DES de MassHealth no podrá hacer una determinación de discapacidad y la decisión referente a elegibilidad para recibir beneficios de MassHealth se tomará sin tener en cuenta la discapacidad alegada.

SECCIÓN V

Firma del solicitante/afiliado

Fecha

Nombre del solicitante/afiliado en letra de imprenta

Teléfono ()

Dirección

Fecha de nacimiento

Ciudad/pueblo

Estado

Código Zip

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un menor de edad, representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información.

Firma de la persona que está completando este formulario

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Autoridad de la persona que está completando este formulario para actuar en nombre del solicitante/afiliado

Por favor envíenos una copia del documento que dá a esta persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante/afiliado.

MassHealth le devolverá una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica firmado para guardarlo en sus archivos. También puede solicitar otra copia de este Formulario en cualquier momento, contactando a MassHealth en la siguiente dirección.

Disability Evaluation Services

UMASS Medical DES

P.O. Box 2796

Worcester, MA 01613-2796



Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Servicio de Evaluación de Discapacidad de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth nos ayuda a obtener información médica de su proveedor de atención de salud, para que el Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth pueda tomar una determinación de discapacidad.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar el formulario. Si deja cualquier sección en blanco en este formulario, esta autorización no será válida y el proveedor de servicios médicos no podrá facilitarle su información al DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios médicos no le proporciona la información médica al DES de MassHealth, no podremos determinar si se trata o no de una discapacidad.

Instrucciones generales para llenar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Debe seguir estas instrucciones cuando complete los Formularios de autorización para divulgar información médica. Los proveedores de servicios médicos no enviarán los expedientes médicos al DES de MassHealth si usted no completa los formularios correctamente. No podemos hacer una determinación de discapacidad sin copias de los expedientes médicos.

1. Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios médicos que haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
2. Todas las firmas deben ponerse en tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos con la firma.
3. Solamente puede haber una firma en cada línea.
4. Si este formulario es para un menor de 18 años, el padre, la madre o tutor legal del menor debe firmar en nombre del menor.

SECCIÓN I

Se autoriza al proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II para que divulgue la información médica indicada en la Sección III referente a _____ con el DES de MassHealth.
(Por favor escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante o afiliado)

SECCIÓN II

Por favor escriba con letra de imprenta el nombre del proveedor de servicios médicos que puede divulgar información médica con el DES de MassHealth.

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios médicos

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Teléfono ()

SECCIÓN III

El proveedor de servicios médicos nombrado en la **Sección II** anteriormente puede divulgar la siguiente información al DES de MassHealth para determinar la elegibilidad para beneficios de MassHealth.

Todo expediente médico y cualquier otra información referente a mi tratamiento, hospitalización o atención ambulatoria debido a condiciones, entre otras

- ◆ impedimentos psicológicos/psiquiátricos ◆ como impedimentos afectan las actividades diarias y la capacidad para trabajar
- ◆ SIDA/VIH ◆ uso de alcohol y drogas ◆ otra (por favor describa) _____

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información sobre el estado de SIDA/VIH.

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca del uso de alcohol o drogas.

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios médicos divulgue al Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth seguirá siendo protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Esta autorización para divulgar información médica al DES de MassHealth vence en seis meses contados a partir de la fecha en que usted firme este formulario de autorización, a menos que haya cancelado la autorización por escrito antes de esa fecha.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta enviada al proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque cancele esta autorización, el proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II no puede retirar ninguna información que le haya divulgado al DES de MassHealth cuando tenía mi autorización para hacerlo.

También entiendo que mi decisión de autorizar o no autorizar al proveedor de servicios médicos para divulgarle información médica al DES de MassHealth es voluntaria. Sin embargo, también entiendo que si no autorizo al proveedor de servicios médicos para que le divulgue información médica al DES de MassHealth, el DES de MassHealth no podrá hacer una determinación de discapacidad y la decisión referente a elegibilidad para recibir beneficios de MassHealth se tomará sin tener en cuenta la discapacidad alegada.

SECCIÓN V

Firma del solicitante/afiliado

Fecha

Nombre del solicitante/afiliado en letra de imprenta

Teléfono ()

Dirección

Fecha de nacimiento

Ciudad/pueblo

Estado

Código Zip

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un menor de edad, representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información.

Firma de la persona que está completando este formulario

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Autoridad de la persona que está completando este formulario para actuar en nombre del solicitante/afiliado

Por favor envíenos una copia del documento que dá a esta persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante/afiliado.

MassHealth le devolverá una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica firmado para guardarlo en sus archivos. También puede solicitar otra copia de este Formulario en cualquier momento, contactando a MassHealth en la siguiente dirección.

Disability Evaluation Services
UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796



Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Servicio de Evaluación de Discapacidad de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth nos ayuda a obtener información médica de su proveedor de atención de salud, para que el Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth pueda tomar una determinación de discapacidad.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar el formulario. Si deja cualquier sección en blanco en este formulario, esta autorización no será válida y el proveedor de servicios médicos no podrá facilitarle su información al DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios médicos no le proporciona la información médica al DES de MassHealth, no podremos determinar si se trata o no de una discapacidad.

Instrucciones generales para llenar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Debe seguir estas instrucciones cuando complete los Formularios de autorización para divulgar información médica. Los proveedores de servicios médicos no enviarán los expedientes médicos al DES de MassHealth si usted no completa los formularios correctamente. No podemos hacer una determinación de discapacidad sin copias de los expedientes médicos.

1. Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios médicos que haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
2. Todas las firmas deben ponerse en tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos con la firma.
3. Solamente puede haber una firma en cada línea.
4. Si este formulario es para un menor de 18 años, el padre, la madre o tutor legal del menor debe firmar en nombre del menor.

SECCIÓN I

Se autoriza al proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II para que divulgue la información médica indicada en la Sección III referente a _____ con el DES de MassHealth.
(Por favor escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante o afiliado)

SECCIÓN II

Por favor escriba con letra de imprenta el nombre del proveedor de servicios médicos que puede divulgar información médica con el DES de MassHealth.

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios médicos

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Teléfono ()

SECCIÓN III

El proveedor de servicios médicos nombrado en la **Sección II** anteriormente puede divulgar la siguiente información al DES de MassHealth para determinar la elegibilidad para beneficios de MassHealth.

Todo expediente médico y cualquier otra información referente a mi tratamiento, hospitalización o atención ambulatoria debido a condiciones, entre otras

- ◆ impedimentos psicológicos/psiquiátricos ◆ como impedimentos afectan las actividades diarias y la capacidad para trabajar
- ◆ SIDA/VIH ◆ uso de alcohol y drogas ◆ otra (por favor describa) _____

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información sobre el estado de SIDA/VIH.

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca del uso de alcohol o drogas.

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios médicos divulgue al Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth seguirá siendo protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Esta autorización para divulgar información médica al DES de MassHealth vence en seis meses contados a partir de la fecha en que usted firme este formulario de autorización, a menos que haya cancelado la autorización por escrito antes de esa fecha.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta enviada al proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque cancele esta autorización, el proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II no puede retirar ninguna información que le haya divulgado al DES de MassHealth cuando tenía mi autorización para hacerlo.

También entiendo que mi decisión de autorizar o no autorizar al proveedor de servicios médicos para divulgarle información médica al DES de MassHealth es voluntaria. Sin embargo, también entiendo que si no autorizo al proveedor de servicios médicos para que le divulgue información médica al DES de MassHealth, el DES de MassHealth no podrá hacer una determinación de discapacidad y la decisión referente a elegibilidad para recibir beneficios de MassHealth se tomará sin tener en cuenta la discapacidad alegada.

SECCIÓN V

Firma del solicitante/afiliado

Fecha

Nombre del solicitante/afiliado en letra de imprenta

Teléfono ()

Dirección

Fecha de nacimiento

Ciudad/pueblo

Estado

Código Zip

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un menor de edad, representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información.

Firma de la persona que está completando este formulario

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Autoridad de la persona que está completando este formulario para actuar en nombre del solicitante/afiliado

Por favor envíenos una copia del documento que dá a esta persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante/afiliado.

MassHealth le devolverá una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica firmado para guardarlo en sus archivos. También puede solicitar otra copia de este Formulario en cualquier momento, contactando a MassHealth en la siguiente dirección.

Disability Evaluation Services
UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796



Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Servicio de Evaluación de Discapacidad de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth nos ayuda a obtener información médica de su proveedor de atención de salud, para que el Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth pueda tomar una determinación de discapacidad.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar el formulario. Si deja cualquier sección en blanco en este formulario, esta autorización no será válida y el proveedor de servicios médicos no podrá facilitarle su información al DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios médicos no le proporciona la información médica al DES de MassHealth, no podremos determinar si se trata o no de una discapacidad.

Instrucciones generales para llenar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Debe seguir estas instrucciones cuando complete los Formularios de autorización para divulgar información médica. Los proveedores de servicios médicos no enviarán los expedientes médicos al DES de MassHealth si usted no completa los formularios correctamente. No podemos hacer una determinación de discapacidad sin copias de los expedientes médicos.

1. Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios médicos que haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
2. Todas las firmas deben ponerse en tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos con la firma.
3. Solamente puede haber una firma en cada línea.
4. Si este formulario es para un menor de 18 años, el padre, la madre o tutor legal del menor debe firmar en nombre del menor.

SECCIÓN I

Se autoriza al proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II para que divulgue la información médica indicada en la Sección III referente a _____ con el DES de MassHealth.
(Por favor escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante o afiliado)

SECCIÓN II

Por favor escriba con letra de imprenta el nombre del proveedor de servicios médicos que puede divulgar información médica con el DES de MassHealth.

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios médicos

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Teléfono ()

SECCIÓN III

El proveedor de servicios médicos nombrado en la **Sección II** anteriormente puede divulgar la siguiente información al DES de MassHealth para determinar la elegibilidad para beneficios de MassHealth.

Todo expediente médico y cualquier otra información referente a mi tratamiento, hospitalización o atención ambulatoria debido a condiciones, entre otras

- ◆ impedimentos psicológicos/psiquiátricos ◆ como impedimentos afectan las actividades diarias y la capacidad para trabajar
- ◆ SIDA/VIH ◆ uso de alcohol y drogas ◆ otra (por favor describa) _____

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información sobre el estado de SIDA/VIH.

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca del uso de alcohol o drogas.

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios médicos divulgue al Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth seguirá siendo protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Esta autorización para divulgar información médica al DES de MassHealth vence en seis meses contados a partir de la fecha en que usted firme este formulario de autorización, a menos que haya cancelado la autorización por escrito antes de esa fecha.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta enviada al proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque cancele esta autorización, el proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II no puede retirar ninguna información que le haya divulgado al DES de MassHealth cuando tenía mi autorización para hacerlo.

También entiendo que mi decisión de autorizar o no autorizar al proveedor de servicios médicos para divulgarle información médica al DES de MassHealth es voluntaria. Sin embargo, también entiendo que si no autorizo al proveedor de servicios médicos para que le divulgue información médica al DES de MassHealth, el DES de MassHealth no podrá hacer una determinación de discapacidad y la decisión referente a elegibilidad para recibir beneficios de MassHealth se tomará sin tener en cuenta la discapacidad alegada.

SECCIÓN V

Firma del solicitante/afiliado

Fecha

Nombre del solicitante/afiliado en letra de imprenta

Teléfono ()

Dirección

Fecha de nacimiento

Ciudad/pueblo

Estado

Código Zip

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un menor de edad, representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información.

Firma de la persona que está completando este formulario

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Autoridad de la persona que está completando este formulario para actuar en nombre del solicitante/afiliado

Por favor envíenos una copia del documento que dá a esta persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante/afiliado.

MassHealth le devolverá una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica firmado para guardarlo en sus archivos. También puede solicitar otra copia de este Formulario en cualquier momento, contactando a MassHealth en la siguiente dirección.

Disability Evaluation Services
UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796



Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services | www.mass.gov/masshealth

Servicio de Evaluación de Discapacidad de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica de MassHealth nos ayuda a obtener información médica de su proveedor de atención de salud, para que el Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth pueda tomar una determinación de discapacidad.

Por favor lea las instrucciones cuidadosamente antes de completar el formulario. Si deja cualquier sección en blanco en este formulario, esta autorización no será válida y el proveedor de servicios médicos no podrá facilitarle su información al DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios médicos no le proporciona la información médica al DES de MassHealth, no podremos determinar si se trata o no de una discapacidad.

Instrucciones generales para llenar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Debe seguir estas instrucciones cuando complete los Formularios de autorización para divulgar información médica. Los proveedores de servicios médicos no enviarán los expedientes médicos al DES de MassHealth si usted no completa los formularios correctamente. No podemos hacer una determinación de discapacidad sin copias de los expedientes médicos.

1. Firme y feche un Formulario de autorización para divulgar información médica para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios médicos que haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
2. Todas las firmas deben ponerse en tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos con la firma.
3. Solamente puede haber una firma en cada línea.
4. Si este formulario es para un menor de 18 años, el padre, la madre o tutor legal del menor debe firmar en nombre del menor.

SECCIÓN I

Se autoriza al proveedor de servicios médicos nombrado en la Sección II para que divulgue la información médica indicada en la Sección III referente a _____ con el DES de MassHealth.
(Por favor escriba en letra de imprenta el nombre del solicitante o afiliado)

SECCIÓN II

Por favor escriba con letra de imprenta el nombre del proveedor de servicios médicos que puede divulgar información médica con el DES de MassHealth.

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios médicos

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Teléfono ()

SECCIÓN III

El proveedor de servicios médicos nombrado en la **Sección II** anteriormente puede divulgar la siguiente información al DES de MassHealth para determinar la elegibilidad para beneficios de MassHealth.

Todo expediente médico y cualquier otra información referente a mi tratamiento, hospitalización o atención ambulatoria debido a condiciones, entre otras

- ◆ impedimentos psicológicos/psiquiátricos ◆ como impedimentos afectan las actividades diarias y la capacidad para trabajar
- ◆ SIDA/VIH ◆ uso de alcohol y drogas ◆ otra (por favor describa) _____

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información sobre el estado de SIDA/VIH.

Marque esta casilla **si no quiere** que el proveedor de servicios médicos divulgue información acerca del uso de alcohol o drogas.

SECCIÓN IV

Cualquier información médica que el proveedor de servicios médicos divulgue al Servicio de Evaluación de Discapacidad (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) de MassHealth seguirá siendo protegida por las leyes federales de confidencialidad.

Esta autorización para divulgar información médica al DES de MassHealth vence en seis meses contados a partir de la fecha en que usted firme este formulario de autorización, a menos que haya cancelado la autorización por escrito antes de esa fecha.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por medio de una carta enviada al proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque cancele esta autorización, el proveedor de servicios médicos que yo nombré en la Sección II no puede retirar ninguna información que le haya divulgado al DES de MassHealth cuando tenía mi autorización para hacerlo.

También entiendo que mi decisión de autorizar o no autorizar al proveedor de servicios médicos para divulgarle información médica al DES de MassHealth es voluntaria. Sin embargo, también entiendo que si no autorizo al proveedor de servicios médicos para que le divulgue información médica al DES de MassHealth, el DES de MassHealth no podrá hacer una determinación de discapacidad y la decisión referente a elegibilidad para recibir beneficios de MassHealth se tomará sin tener en cuenta la discapacidad alegada.

SECCIÓN V

Firma del solicitante/afiliado

Fecha

Nombre del solicitante/afiliado en letra de imprenta

Teléfono ()

Dirección

Fecha de nacimiento

Ciudad/pueblo

Estado

Código Zip

Si este formulario lo está completando una persona que tiene autoridad legal para actuar en nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un menor de edad, representante de elegibilidad o tutor legal), sírvase proporcionar la siguiente información.

Firma de la persona que está completando este formulario

Nombre en letra de imprenta

Fecha

Autoridad de la persona que está completando este formulario para actuar en nombre del solicitante/afiliado

Por favor envíenos una copia del documento que dá a esta persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante/afiliado.

MassHealth le devolverá una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica firmado para guardarlo en sus archivos. También puede solicitar otra copia de este Formulario en cualquier momento, contactando a MassHealth en la siguiente dirección.

Disability Evaluation Services
UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796