



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