



Objetivo:

El Departamento de Salud Mental (DMH) se esfuerza por facilitar la independencia y la recuperación al proporcionar servicios y apoyos a los niños, jóvenes y familias con un trastorno emocional grave y a las personas adultas con una enfermedad mental grave y persistente.

Cómo solicitar servicios al DMH:

Las personas que solicitan servicios de salud mental a través del DMH deben presentar los siguientes formularios. Es esencial que se incluyan **las firmas y fechas** donde se indican en cada formulario:

- Formulario de *Solicitud de Servicios del DMH* (ver las páginas 5 – 10)
- Determinación de Autorización del DMH* firmada (ver las páginas 11 y 12)
- Autorización(es) de divulgación de información* firmada(s) (ver las páginas 13 y 14)

Se necesita la siguiente información para tomar una decisión dentro de los plazos reglamentarios. Se recomienda enfáticamente que la información clínica sea presentada junto con la solicitud para acelerar el proceso de determinación. Si no incluye la documentación clínica, por favor incluya una divulgación de información firmada para sus proveedores actuales y los hospitales donde haya recibido tratamiento. Dicha información incluye:

- Expedientes y pruebas psiquiátricas como paciente ambulatorio.
- Informes o resúmenes de admisiones hospitalarias y del alta.
- Evaluaciones (por ej., psiquiátricas y psicosociales).
- Exámenes neuropsicológicos.
- Planes de tratamiento.
- Plan individualizado de educación (IEP)*, si existe.

Es posible que el DMH requiera información clínica adicional según sea necesario.

Qué esperar después de presentar una solicitud:

Dentro de los siete (7) días de haber recibido la *Solicitud de Servicios del DMH*, el DMH se pondrá en contacto con el solicitante o su guardián para confirmar que se ha recibido la *Solicitud de Servicios del DMH*.

Un *Especialista en autorizaciones de servicios clínicos* del DMH puede solicitar, según sea necesario, una reunión en persona con el solicitante y/o su guardián para analizar y evaluar en mayor profundidad las necesidades del solicitante y/o la familia.

Si se determina que una persona reúne los requisitos clínicos para recibir servicios, el Director de área, o la persona designada como tal, debe determinar si la persona necesita servicios del DMH. Debido a que la disponibilidad de servicios del DMH es limitada, el DMH debe priorizar a quiénes y de qué manera se brindan dichos servicios. Las reglamentaciones del DMH establecen los criterios que se deben utilizar para determinar a quiénes se les autoriza recibir servicios del DMH y cómo se asignan dichos servicios.

El Director de área del DMH, o la persona designada como tal, tomará decisiones con respecto a las solicitudes de servicios luego de recibir y analizar la información de conformidad con las reglamentaciones del DMH:

<https://www.mass.gov/files/documents/2018/07/03/104cmr29.pdf>

El tiempo necesario para hacer una determinación puede variar según la disponibilidad de documentación de respaldo. Se tomará una decisión dentro de los 90 días de haber recibido la solicitud, basada en la información disponible.

Dónde encontrar los formularios de Solicitud y Autorizaciones de divulgación de información:

Los formularios de *Solicitud de Servicios del DMH* y *Autorización de divulgación de información* están disponibles en las oficinas locales y de área de DMH, en centros de cuidado intensivo psiquiátrico para pacientes hospitalizados, y en muchos programas comunitarios por todo el estado. También están disponibles del sitio web del DMH en

<http://www.mass.gov/eohhs/gov/departments/dmh/service-application-forms-and-appeal-guidelines.html>

El DMH puede proporcionar servicios de interpretación y traducción de documentos para que el solicitante o su guardián pueda comunicarse con el DMH en su idioma preferido.

**A dónde enviar la Solicitud de Servicios del DMH:**

Encuentre la ciudad o pueblo del solicitante en la lista que aparece en las siguientes páginas, y envíe la solicitud a la Oficina del DMH correspondiente en las listas que se encuentran abajo. Llame al número indicado si tiene alguna pregunta.

Una *Solicitud de Servicios del DMH firmada y fechada*, y una *Autorización de divulgación de información correctamente firmada* deben ser entregadas, enviadas por correo o fax, o escaneadas y mandadas por correo electrónico a la Oficina local o de área del DMH responsable de la comunidad en la que reside el solicitante, padre, madre, o guardián legal en el momento de presentar la solicitud.

Si necesita ayuda para completar la *Solicitud de Servicios del DMH*, por favor póngase en contacto con la oficina a continuación que sirve al pueblo en el que vive el solicitante.

Oficina	Dirección postal	Número de teléfono	Número de fax
Boston	85 East Newton Street, Boston, MA 02118	(617) 626-9200	(617) 626-9216
Brockton	165 Quincy Street, Brockton, MA 02302	(508) 897-2000	(508) 897-2047
Northampton	1 Prince Street, Northampton, MA 01060	(413) 587-6200	(413) 587-6240
Tewksbury	P.O. Box 387, Tewksbury, MA 01876-0387	(978) 863-5000	(978) 863-5091
Worcester	361 Plantation St. Worcester, MA 01605	(774) 420-3140	(774) 420-3165

Las solicitudes **NO** se deben enviar a la Oficina Central del DMH en Staniford Street en Boston. Al hacerlo la solicitud tendrá una dirección equivocada y esto puede provocar retrasos en el proceso de decisión.

Categorías de raza y etnicidad:

Se pide información acerca de la raza y la etnicidad para ayudar al DMH a brindar servicios centrados en la persona que sean apropiados tanto culturalmente como lingüísticamente. También ayuda al Departamento a cumplir con las reglamentaciones y los estándares y permite la planificación de necesidades de servicios no satisfechas. **Proporcionar información acerca de la raza y la etnicidad es opcional.** Su decisión de hacerlo, o no, no afectará su solicitud para servicios del DMH.

Se pueden usar las siguientes opciones para completar las secciones de raza y etnicidad en la *Solicitud de Servicios del DMH*. Al completar la solicitud, quienes tengan más de una raza o etnicidad pueden identificarse de tal manera.

Las categorías de raza que aparecen a continuación se basan en una norma establecida por el gobierno federal. La etnicidad se define como el grupo de personas que están conectadas por un origen nacional, historia, ascendencia, idioma o costumbres y experiencias culturales comunes. La siguiente lista se proporciona para mostrar algunos ejemplos de etnicidades o grupos étnicos, y no pretende ser una lista completa.

Opciones de raza
Indio americano / Nativo de Alaska
Asiático
Negro / Afroamericano
Negro / Hispano
Elijo no identificarme
Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
Otro
Dos razas o más
Desconocido
Blanco / Hispano
Blanco / no hispano

Ejemplos de etnicidad		
Albanés	Griego	Paquistaní
Estadounidense (EE.UU.)	Guatemalteco	Peruano
Armenio	Haitiano	Panameño
Butanés	Hispano (otro)	Polaco
Bosnio	Hmong	Portugués
Brasileño	Hondureño	Puertorriqueño
Birmano	Indio	Ruso
Camboyano	Iraní	Salvadoreño
Canadiense	Iraquí	Somalí
Caboverdiano	Irlandés	Tailandés
Chino	Israelí	Tibetano
Colombiano	Italiano	Ucraniano
Congolés	Japonés	Desconocido
Costarricense	Coreano	Venezolano
Dominicano	Laosiano	Vietnamita
Egipcio	Libanés	Antillano/Caribeño
Eritreo	Mexicano	
Etíope	Marroquí	Dos etnicidades o más
Filipino	Nigeriano	Otro
Francés	Nicaragüense	Elijo no identificarme



Ciudad o pueblo	Oficina del DMH	Ciudad o pueblo	Oficina del DMH	Ciudad o pueblo	Oficina del DMH	Ciudad o pueblo	Oficina del DMH
Abington	Brockton	Boston - Hyde Park	Boston	Danvers	Tewksbury	Hadley	Northampton
Acton	Tewksbury	Boston-Jamaica Plain	Boston	Dartmouth	Brockton	Halifax	Brockton
Acushnet	Brockton	Boston - Mattapan	Boston	Dedham	Worcester	Hamilton	Tewksbury
Adams	Northampton	Boston - North End	Boston	Deerfield	Northampton	Hampden	Northampton
Agawam	Northampton	Boston - Revere	Boston	Dennis	Brockton	Hancock	Northampton
Alford	Northampton	Boston - Roslindale	Boston	Dennisport	Brockton	Hanover	Brockton
Allston	Boston	Boston - Roxbury	Boston	Dighton	Brockton	Hanson	Brockton
Amesbury	Tewksbury	Boston - Somerville	Boston	Dorchester	Boston	Hardwick	Worcester
Amherst	Northampton	Boston - South End	Boston	Douglas	Worcester	Harvard	Worcester
Andover	Tewksbury	Boston - Southie	Boston	Dover	Worcester	Harwich	Brockton
Aquinnah	Brockton	Boston - W. Roxbury	Boston	Dracut	Tewksbury	Harwichport	Brockton
Arlington	Tewksbury	Boston - Winthrop	Boston	Dudley	Worcester	Hatfield	Northampton
Ashburnham	Worcester	Bourne	Brockton	Dunstable	Tewksbury	Haverhill	Tewksbury
Ashby	Worcester	Boxborough	Tewksbury	Duxbury	Brockton	Hawley	Northampton
Ashfield	Northampton	Boxford	Tewksbury	East Boston	Boston	Heath	Northampton
Ashland	Worcester	Boylston	Worcester	E. Bridgewater	Brockton	Hingham	Brockton
Assonet	Brockton	Bradford	Tewksbury	East Brookfield	Worcester	Hinsdale	Northampton
Athol	Northampton	Braintree	Brockton	E. Longmeadow	Northampton	Holbrook	Brockton
Attleboro	Brockton	Brewster	Brockton	East Sandwich	Brockton	Holden	Worcester
Auburn	Worcester	Bridgewater	Brockton	Eastham	Brockton	Holland	Worcester
Avon	Brockton	Brighton	Boston	Easthampton	Northampton	Holliston	Worcester
Ayer	Worcester	Brimfield	Worcester	Easton	Brockton	Holyoke	Northampton
Back Bay	Boston	Brockton	Brockton	Edgartown	Brockton	Hopedale	Worcester
Baldwinville	Worcester	Brookfield	Worcester	Egremont	Northampton	Hopkinton	Worcester
Barnstable	Brockton	Brookline	Boston	Erving	Northampton	Hubbardston	Worcester
Barre	Worcester	Buckland	Northampton	Essex	Tewksbury	Hudson	Worcester
Beacon Hill	Boston	Burlington	Tewksbury	Everett	Tewksbury	Hull	Brockton
Becket	Northampton	Buzzards Bay	Brockton	Fairhaven	Brockton	Huntington	Northampton
Bedford	Tewksbury	Byfield	Tewksbury	Fall River	Brockton	Hyannis	Brockton
Belchertown	Northampton	Cambridge	Boston	Falmouth	Brockton	Hyde Park	Boston
Bellingham	Worcester	Canton	Worcester	Fenway	Boston	Ipswich	Tewksbury
Belmont	Tewksbury	Carlisle	Tewksbury	Fiskdale	Worcester	Jamaica Plain	Boston
Berkeley	Brockton	Carver	Brockton	Fitchburg	Worcester	Jefferson	Worcester
Berlin	Worcester	Charlemont	Northampton	Florida	Northampton	Kingston	Brockton
Bernardston	Northampton	Charlestown	Boston	Foxborough	Worcester	Lakeville	Brockton
Beverly	Tewksbury	Charlton	Worcester	Framingham	Worcester	Lancaster	Worcester
Billerica	Tewksbury	Chatham	Brockton	Franklin	Worcester	Lanesborough	Northampton
Blackstone	Worcester	Chelmsford	Tewksbury	Freetown	Brockton	Lawrence	Tewksbury
Blandford	Northampton	Chelsea	Boston	Gardner	Worcester	Lee	Northampton
Bolton	Worcester	Cherry Valley	Worcester	Gay Head	Brockton	Leicester	Worcester
Bondsville	Northampton	Cheshire	Northampton	Georgetown	Tewksbury	Lenox	Northampton
Boston - Allston	Boston	Chester	Northampton	Gilbertville	Worcester	Leominster	Worcester
Boston - Back Bay	Boston	Chesterfield	Northampton	Gill	Northampton	Leverett	Northampton
Boston - Beacon Hill	Boston	Chicopee	Northampton	Gloucester	Tewksbury	Lexington	Tewksbury
Boston - Brighton	Boston	Chilmark	Brockton	Goshen	Northampton	Leyden	Northampton
Boston - Brookline	Boston	Clarksburg	Northampton	Gosnold	Brockton	Lincoln	Tewksbury
Boston - Cambridge	Boston	Clinton	Worcester	Grafton	Worcester	Linwood	Worcester
Boston-Charlestown	Boston	Cohasset	Brockton	Granby	Northampton	Littleton	Tewksbury
Boston - Chelsea	Boston	Colrain	Northampton	Granville	Northampton	Longmeadow	Northampton
Boston - Chinatown	Boston	Concord	Tewksbury	Great Barrington	Northampton	Lowell	Tewksbury
Boston - Dorchester	Boston	Conway	Northampton	Green Harbor	Brockton	Ludlow	Northampton
Boston - Downtown	Boston	Cotuit	Brockton	Greenfield	Northampton	Lunenburg	Worcester
Boston - East	Boston	Cummington	Northampton	Groton	Worcester	Lynn	Tewksbury
Boston - Fenway	Boston	Dalton	Northampton	Groveland	Tewksbury	Lynnfield	Tewksbury



Ciudad o pueblo	Oficina del DMH	Ciudad o pueblo	Oficina del DMH	Ciudad o pueblo	Oficina del DMH	Ciudad o pueblo	Oficina del DMH
Malden	Tewksbury	North Truro	Brockton	Sandisfield	Northampton	Wales	Worcester
Manchester	Tewksbury	Northampton	Northampton	Sandwich	Brockton	Walpole	Worcester
Manomet	Brockton	Northborough	Worcester	Saugus	Tewksbury	Waltham	Tewksbury
Mansfield	Brockton	Northbridge	Worcester	Savoy	Northampton	Ware	Northampton
Marblehead	Tewksbury	Northfield	Northampton	Scituate	Brockton	Wareham	Brockton
Marion	Brockton	Norton	Brockton	Seekonk	Brockton	Warren	Worcester
Marlborough	Worcester	Norwell	Brockton	Sharon	Worcester	Warwick	Northampton
Marshfield	Brockton	Norwood	Worcester	Sheffield	Northampton	Washington	Northampton
Marston Mills	Brockton	Oak Bluffs	Brockton	Shelburne	Northampton	Watertown	Tewksbury
Martha's Vineyard	Brockton	Oakham	Worcester	Sherborn	Worcester	Wayland	Worcester
Mashpee	Brockton	Onset	Brockton	Shirley	Worcester	Webster	Worcester
Mattapan	Boston	Orange	Northampton	Shrewsbury	Worcester	Wellesley	Worcester
Mattapoisett	Brockton	Orleans	Brockton	Shutesbury	Northampton	Wellfleet	Brockton
Maynard	Tewksbury	Osterville	Brockton	Somerset	Brockton	Wendell	Northampton
Medfield	Worcester	Otis	Northampton	Somerville	Boston	Wenham	Tewksbury
Medford	Tewksbury	Oxford	Worcester	South Boston	Boston	West Barnstable	Brockton
Medway	Worcester	Palmer	Northampton	South Hadley	Northampton	West Boylston	Worcester
Melrose	Tewksbury	Paxton	Worcester	South Wellfleet	Brockton	West Bridgewater	Brockton
Mendon	Worcester	Peabody	Tewksbury	South Yarmouth	Brockton	West Brookfield	Worcester
Merrimac	Tewksbury	Pelham	Northampton	Southampton	Northampton	West Newbury	Tewksbury
Methuen	Tewksbury	Pembroke	Brockton	Southborough	Worcester	West Roxbury	Boston
Middleborough	Brockton	Pepperell	Worcester	Southbridge	Worcester	West Springfield	Northampton
Middlefield	Northampton	Peru	Northampton	Southwick	Northampton	West Stockbridge	Northampton
Middleton	Tewksbury	Petersham	Northampton	Spencer	Worcester	West Tisbury	Brockton
Milford	Worcester	Phillipston	Northampton	Springfield	Northampton	West Yarmouth	Brockton
Millbury	Worcester	Pittsfield	Northampton	Sterling	Worcester	Westborough	Worcester
Millers Falls	Northampton	Plainfield	Northampton	Stockbridge	Northampton	Westfield	Northampton
Millis	Worcester	Plainville	Worcester	Stoneham	Tewksbury	Westford	Tewksbury
Millville	Worcester	Plymouth	Brockton	Stoughton	Brockton	Westhampton	Northampton
Milton	Brockton	Plympton	Brockton	Stow	Tewksbury	Westminster	Worcester
Monroe	Northampton	Pocasset	Brockton	Sturbridge	Worcester	Weston	Worcester
Monson	Northampton	Princeton	Worcester	Sudbury	Worcester	Westport	Brockton
Montague	Northampton	Provincetown	Brockton	Sunderland	Northampton	Westwood	Worcester
Monterey	Northampton	Quincy	Brockton	Sutton	Worcester	Weymouth	Brockton
Montgomery	Northampton	Randolph	Brockton	Swampscott	Tewksbury	Whately	Northampton
Mt Washington	Northampton	Raynham	Brockton	Swansea	Brockton	White Horse Bch	Brockton
Nahant	Tewksbury	Reading	Tewksbury	Taunton	Brockton	Whitinsville	Worcester
Nantucket	Brockton	Rehoboth	Brockton	Teaticket	Brockton	Whitman	Brockton
Natick	Worcester	Revere	Boston	Templeton	Worcester	Wilbraham	Northampton
Needham	Worcester	Richmond	Northampton	Tewksbury	Tewksbury	Williamsburg	Northampton
New Ashford	Northampton	Rochdale	Worcester	Thorndike	Northampton	Williamstown	Northampton
New Bedford	Brockton	Rochester	Brockton	Three Rivers	Northampton	Wilmington	Tewksbury
New Braintree	Worcester	Rockland	Brockton	Tisbury	Brockton	Winchendon	Worcester
New Marlborough	Northampton	Rockport	Tewksbury	Tolland	Northampton	Winchester	Tewksbury
New Salem	Northampton	Roslindale	Boston	Topsfield	Tewksbury	Windsor	Northampton
Newbury	Tewksbury	Rowe	Northampton	Townsend	Worcester	Winthrop	Boston
Newburyport	Tewksbury	Rowley	Tewksbury	Truro	Brockton	Woburn	Tewksbury
Newton	Worcester	Roxbury	Boston	Turners Falls	Northampton	Wollaston	Brockton
Norfolk	Worcester	Royalston	Northampton	Tyngsborough	Tewksbury	Woods Hole	Brockton
North Adams	Northampton	Russell	Northampton	Tyringham	Northampton	Worcester	Worcester
North Andover	Tewksbury	Rutland	Worcester	Upton	Worcester	Worthington	Northampton
North Attleboro	Brockton	Sagamore	Brockton	Uxbridge	Worcester	Wrentham	Worcester
North Brookfield	Worcester	Salem	Tewksbury	Vineyard Haven	Brockton	Yarmouth	Brockton
North Reading	Tewksbury	Salisbury	Tewksbury	Wakefield	Tewksbury	Yarmouthport	Brockton



Nombre legal del solicitante _____ **SSN** _____
(Apellidos) (Primer nombre) (Segundo nombre) (Número de Seguro Social)

Nombre preferido del solicitante (si es diferente al nombre legal) _____
(Apellidos) (Primer nombre) (Segundo nombre)

Dirección (o última dirección conocida si el solicitante no tiene hogar):

(Número y calle) (N.º apt) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Dirección postal (si es diferente a la dirección arriba):

(Número y calle) (N.º apt) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Fecha de nacimiento ____/____/____ **Edad** ____ **Género** ____ **Estado civil** ____
MM DD AAAA

Raza _____ **Etnicidad** _____ **Idioma preferido** _____

¿Necesita servicios de interpretación?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
➤ De ser así, ¿Quién necesita a un intérprete?	<input type="checkbox"/> Solicitante	<input type="checkbox"/> Padre/madre	<input type="checkbox"/> Guardián
¿Es el solicitante sordo o tiene dificultades auditivas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
¿Es el solicitante legalmente ciego (visión <20/200 o completamente ciego)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Si tiene 18 años o más, ¿el solicitante se ha registrado para votar? (opcional)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido
¿El solicitante sirvió alguna vez en las fuerzas armadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Desconocido

(Por favor marque todas las opciones que correspondan abajo, e indique su número telefónico / dirección de correo electrónico)

- Tel. de día/trabajo () _____ ¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No
- Teléfono de noche () _____ ¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No
- Teléfono celular () _____ ¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No
- Correo electrónico _____ ¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No

¿El solicitante fue adoptado, o está en proceso de adopción? Sí No Desconocido

Idioma preferido de padre / madre / guardián (si el solicitante es menor de 18): _____

Si el solicitante es menor de 18, ¿quién tiene custodia **legal**? Padre / madre DCF Designado por la corte
 Solicitante (emancipado)

Si el solicitante es menor de 18, ¿quién tiene custodia **física**? Padre / madre DCF DYS Solicitante (emancipado)

Información adicional de contacto (Por favor incluya una Autorización de divulgación de información para cada persona indicada)

Nombre de contacto de emergencia _____

Relación con solicitante: _____ Teléfono # _____

Dirección: _____

Contacto de padres/agencia (1) _____

Relación con solicitante: _____ Teléfono # _____

Dirección: _____

Contacto de padres/agencia (2) _____

Relación con solicitante: _____ Teléfono # _____

Dirección: _____



Situación actual:

¿El solicitante está actualmente internado en un hospital/CBAT (Centro comunitario de tratamiento intensivo)?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de alta prevista: _____
➤ De ser así, ¿dónde? _____			
¿Está el solicitante actualmente sin hogar ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
➤ De ser así, nombre la agencia involucrada, si la hubiera _____			
¿El solicitante está actualmente encarcelado ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Fecha de liberación prevista: _____
➤ De ser así, ¿dónde? _____			
¿El solicitante actualmente está en libertad provisional ("probation") /CRA ?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
➤ De ser así, indique el nombre del funcionario de libertad provisional: _____			

Si el solicitante es un padre, una madre, un padrastro, o una madrastra, ¿hay niños que están viviendo con usted?

Sí No No aplica

¿El solicitante actualmente está involucrado con otra agencia estatal o federal (por ej., VA)?

Sí No Desconocido

De ser así, ¿con qué agencia? *Marque todo lo que corresponda*

DCF DDS EOEa DPH DYS MRC MCDHH MCB VA

Otro contacto de agencia _____ Teléfono # _____

Sírvase incluir una Autorización de divulgación de información (Apellido) (Primer nombre)

Otro contacto de agencia _____ Teléfono # _____

Sírvase incluir una Autorización de divulgación de información (Apellido) (Primer nombre)

Información de custodia (si aplica):

¿El solicitante tiene un guardián designado por la corte? Sí No

- En caso afirmativo, tipo de guardián: _____

¿Existe un mittimus de guardián DCF? Sí No Desconocido

- En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

Información importante: Si el solicitante tiene un guardián designado por la corte, favor de presentar una copia del Decreto de custodia junto con esta solicitud. El guardián legal (padre, madre, o designado por la corte) debe firmar la solicitud y todas las Autorizaciones de divulgación de información para que se procese la solicitud.

Nombre de guardián legal _____ Relación _____
(Apellido) (Primer nombre) (Relación con el solicitante)

Dirección del guardián _____
(Número y calle) (Número de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Cómo podemos comunicarnos con el guardián? (Marque todo lo que corresponda abajo, e indique el número telefónico y dirección de correo electrónico)

Teléfono de día / trabajo () _____

¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono de noche () _____

¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No

Teléfono celular () _____

¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No

Correo electrónico _____

¿Le podemos dejar un mensaje? Sí No

Fuentes de ingresos

Empleo

SSI

Seguro Social

Familia

SSDI

Sin ingresos

Ayuda de emergencia

Otro (Favor de especificar): _____

Información de educación / escuela / universidad

¿El solicitante actualmente está inscrito en la escuela? Sí No Desconocido

- En caso afirmativo, nombre de escuela y pueblo /ciudad _____

¿Cuál es la Agencia local de educación (*Local Educational Agency, LEA*) responsable? _____

¿El solicitante tiene un Plan individualizado educativo (*Individualized Education Plan, IEP*)? Sí No Desconocido

De ser así, ¿qué tipo de servicios especiales de educación está recibiendo el solicitante? (Marque todo lo que corresponda.)

Residencial De día Desconocido

Otro (*Por favor, especifique*): _____

¿Esta es una recomendación 688? Sí No Desconocido

¿El solicitante tiene un Plan de adaptaciones 504 (*504 Accommodation Plan*)? Sí No Desconocido

Seguro médico:

Cobertura actual (*marque todo lo que corresponda*):

Medicare: Póliza # _____

Medicaid/MassHealth: Póliza # _____

Tipo: _____

Suscriptor: _____

➤ ¿El solicitante actualmente está inscrito en Servicios de la **Iniciativa de Salud de Comportamiento de los Niños (*Children's Behavioral Health Initiative, CBHI*)**? Sí No

En caso afirmativo, favor de identificar los servicios que está recibiendo y la Agencia de servicios comunitarios (CSA) a continuación.

- Nombre de la *Agencia de servicios comunitarios (CSA)*: _____
- Servicio(s) CBHI que recibe el solicitante: _____

➤ ¿El solicitante actualmente está inscrito en una **Organización de cuidado responsable (*Accountable Care Organization, ACO*)**? Sí No

En caso afirmativo, favor de identificar abajo el nombre e información de contacto.

➤ ¿El solicitante actualmente está inscrito en un **Socio comunitario de salud de comportamiento (*Behavioral Health Community Partner, BHCP*)**? Sí No

En caso afirmativo, favor de identificar abajo el nombre e información de contacto.

One Care Plan: _____

Seguro comercial / privado Póliza #: _____

Compañía de seguros: _____

Suscriptor: _____

No tiene seguro médico

¿Está en trámite una solicitud de seguro médico? Sí No

En caso afirmativo, favor de especificar el seguro: _____



Proveedor primario de cuidados de salud mental:

Por favor indique quién le brinda cuidados de salud mental habitualmente al solicitante. Si no existe una fuente habitual de cuidados de salud mental, use esta sección para indicar su fuente más reciente de cuidados de salud mental.

Proveedor primario de salud mental: _____
(Apellido) (Primer nombre)

¿Proveedor actual? Sí No

Nombre de agencia: _____

Dirección: _____
(Número y calle) (Número de apartamento) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Número telefónico: _____ Extensión: _____

Información de diagnóstico:

¿Tiene el solicitante un diagnóstico psiquiátrico actual? Sí No Desconocido

En caso afirmativo, favor de enumerar todos los diagnósticos conocidos:

Otros apoyos *(Nota: En la tabla de abajo ADI = Autorización de divulgación de información)

Nombre	Relación <small>(por ej. terapeuta, familiar, miembro del clero, etc.)</small>	Dirección	Teléfono	¿ADI*? (Sí / No)



Salud física general:

Indique quién le brinda al solicitante atención médica habitualmente. Si no hay una fuente habitual de atención médica, use esta sección para indicar su fuente más reciente de atención médica.

Proveedor primario de **Atención médica:** _____ ¿Proveedor actual? Sí No

Nombre de agencia: _____

Dirección del proveedor: _____

Teléfono del proveedor: _____

¿Tiene algún problema médico que requiera cuidado continuo? Sí No Desconocido

¿Alguna vez ha tenido un diagnóstico de un problema neurológico? Sí No Desconocido

De ser así, describa cualquier problema médico o neurológico actual:

Medicamentos

¿El solicitante actualmente está tomando medicamentos? Sí No Desconocido

De ser así, indique los **medicamentos, dosis, y la persona que los recetó:**

¿Por qué el solicitante está solicitando servicios?

¿Qué tipo de servicios se necesitan?



DETERMINACIÓN DE AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS DEL DMH

- Solicito que el Departamento de Salud Mental (DMH) lleve a cabo una determinación de autorización de servicios del DMH. He adjuntado los formularios de *Autorización de divulgación de información* firmados a esta solicitud, de ser necesario. Entiendo que el DMH recopilará y analizará los registros médicos como parte del proceso de determinación. Entiendo que mi nombre e información sobre mí será incluida en un sistema de mantenimiento de registros del DMH.
- El DMH puede solicitar una entrevista personal conmigo o una evaluación clínica en circunstancias donde los registros clínicos disponibles no sean suficientes para tomar una determinación.
- Se me pedirá dar a conocer información sobre mis ingresos y seguro y es posible que se me cobre por servicios según mi capacidad de pago.
- Entiendo que la decisión del DMH puede ser apelada cuando no se aprueben servicios debido a que el solicitante no reúne los criterios para recibir servicios del DMH.
- Recibí una copia de la *Notificación de Prácticas de Privacidad del DMH* (adjunta a esta solicitud de servicios).
- Doy permiso para que el DMH se comuniquen acerca de mi solicitud de servicios del DMH con la persona identificada más adelante, quien me ayudó con esta solicitud. Este permiso es válido hasta que mi solicitud haya sido procesada por completo o hasta que yo notifique al DMH por escrito que lo revoco.

Firmar

Firma del solicitante o guardián legal de la persona

Nombre del solicitante (en imprenta)

Fecha de firma

- Firmado por: Padre / madre Guardián legal Solicitante, si es adulto o menor emancipado
- **¿Se adjuntan documentos de custodia o DCF Mittimus?** Sí No Desconocido

PERSONA QUE AYUDA AL SOLICITANTE

Esta sección debe ser completada por el proveedor u otra persona que haya ayudado al solicitante con la solicitud.

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

Nombre de agencia: _____

Dirección: _____
(Número y calle) (Nº apt.) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono _____ de día de noche celular

PROGRAMA O CENTRO QUE PRESENTA LA SOLICITUD EN NOMBRE DEL SOLICITANTE

Esta sección debe ser completada por el programa o el centro que presenta la solicitud en nombre del solicitante.

Nombre del programa o centro

Nombre del solicitante

- El solicitante / guardián fue informado el día _____ que se presentaría una solicitud en su nombre y no se opuso.
- El solicitante carece de la capacidad y se presentó una petición de custodia ante la corte correspondiente (se adjunta una copia de la petición.)

Firmar

Firma y título de la persona que presenta la solicitud

Nombre en imprenta de la persona que presenta la solicitud

PARA PRESENTAR FORMULARIOS DE AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Como parte del proceso de determinación de servicios del DMH, el DMH analizará todos los registros disponibles de cuidados de salud mental recibidos por el solicitante. **Sírvase presentar los formularios de *Autorización de divulgación de información* firmados junto con la solicitud.**

1. Presente *un formulario de Autorización de divulgación de información* firmado **por cada proveedor** de cuidados de salud mental. Si se brindan cuidados de salud mental a través de una clínica, identifique al proveedor primario de cuidados en esa clínica. Haga copias adicionales de este formulario según sea necesario.
2. Además, por favor **presente un formulario de *Autorización de divulgación de información* para cualquier otra información clínica que el solicitante desee que sea considerada como parte de la determinación.** Haga copias adicionales de este formulario según sea necesario.
3. **Corrobore la precisión** del nombre, dirección y número de teléfono del proveedor en cada formulario de divulgación. Nombres, direcciones y números de teléfono correctos aceleran el proceso de revisión.
4. Asegúrese de poner sus iniciales y firmar todas las secciones en los formularios de divulgación de información (incluyendo la sección de autorización de divulgación especial)

¿Cuántos formularios de *Autorización de divulgación de información* se presentan junto con esta solicitud?

El DMH también analizará cualquier registro médico que el solicitante o quienes ayuden al solicitante tengan en su posesión y deseen presentar para ser considerados.

5. Sírvase de completar y firmar un formulario de Autorización de divulgación de información para cada registro médico que se adjunte a esta solicitud en caso de que el personal del DMH necesite aclaraciones de información incluida en el informe.
6. Los informes médicos no se pueden devolver, así que por favor no envíe los documentos originales.

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

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorización para la Divulgación de Información
Bilateral**

1. Paciente/Información del Solicitante	
Nombre: _____	Otros Nombres: _____
Calle: _____	APTO. #: _____
Ciudad/Pueblo: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
# de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____	

2. Autorización para la Divulgación: Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) a recibir y divulgar información, ya sea verbalmente o por escrito, incluyendo comunicaciones confidenciales de o a la Persona, Agencia o Institución nombrada a continuación.	
Persona, Agencia o Institución (p.ej., nombre y dirección del hospital, proveedor para paciente ambulatorio, programa residencial, otro) Nombre: _____ Atención: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Unidad de Autorización de Servicio del DMH

3. Marque para indicar la información que desea compartir (<i>Marque todas las que apliquen</i>)		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de Salud Mental brindado por un Psiquiatra; Psicólogo; Especialista en Enfermería Clínica de Salud Mental; Consejería por parte de un Trabajador Social Certificado; todos los demás Proveedores de Salud Mental Certificados.		
<input type="checkbox"/> Expediente de Salud Mental Completo, <i>excluyendo las Notas de Psicoterapia que requieren autorización por separado</i>		
<input type="checkbox"/> Resumen del Alta		<input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento
<input type="checkbox"/> Planes de Servicios Individuales (ISPs) y Planes de Acción Individuales (IAPs)	<input type="checkbox"/> Examen Neuropsicológico	<input type="checkbox"/> Resumen de Transferencia
<input type="checkbox"/> Documentación para la Admisión	<input type="checkbox"/> Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) / información adicional: _____		

4. Fechas de la información que desea compartir: (Especifique las fechas O seleccione un período de 3 años marcando la casilla de dicha opción)
Fechas de la Información Solicitada: Desde: _____ Hasta: _____
<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Para el período de 3 años anterior a la fecha de esta autorización.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorización para la Divulgación de Información
Bilateral**

Nombre del Paciente/Solicitante: _____

5. Por favor *marque* la casilla para indicar que autoriza divulgar la siguiente información si está presente en su registro: (marque todas las que apliquen)

- Resultados de la prueba de VIH (Se requiere autorización para cada solicitud de divulgación)
- Registros de Abuso de Alcohol y Drogas Protegidos por las Reglas de Confidencialidad Federal 42 CFR Parte 2. Las reglas federales prohíben cualquier divulgación adicional de esta información a menos que la divulgación esté expresamente permitida por una autorización escrita de la persona a la que pertenece o según lo permitido por 42 CFR Parte 2.

Propósito de la Divulgación: Autorización de Servicio.

Entiendo que:

- Tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento.
- Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla al DMH en la dirección del Departamento de Salud Mental especificada en la página 1 o en la oficina del DMH en mi área. (Encuentre las oficinas del DMH de su área en www.mass.gov/dmh-offices-facilities-and-staff-directory; llame al 1-800-221-0053 o envíe un correo electrónico a dmhinfo@MassMail.State.MA.US).
- La revocación no se aplicará a la información que ya se haya divulgado conforme a esta autorización.
- La revocación no se aplicará a mi compañía de seguros cuando la ley le otorgue a mi asegurador el derecho de impugnar un reclamo según mi política.
- Una vez que se divulga la información anterior, el destinatario puede volver revelar dicha información y es posible que no esté protegida por las leyes o normas de privacidad federales o estatales.
- El autorizar la divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria.
- No necesito firmar este formulario para recibir los tratamientos o los servicios del DMH y/o la otra persona nombrada, institución o agencia; sin embargo, la falta de capacidad para compartir u obtener información puede impedir que el DMH y/o la otra persona nombrada, institución o agencia mencionada proporcionen la atención adecuada y necesaria.

Esta autorización caducará (especifique una fecha, un período de tiempo o un evento) _____o, si no se especifica nada, caducará lo último a: (i) un año después de la fecha de la firma; o (ii) si aplica, cuando ya no reciba los servicios por parte del DMH.

6. Firma / Autorización: Firme y proporcione la información según se requiere a continuación.

X _____
Su firma o la firma del Representante Personal _____ Fecha _____

Nombre legible/en letra de imprenta del firmante _____

La siguiente información es necesaria en caso de ser firmada por un representante personal:Tipo de autoridad (p. ej., representante asignado por el tribunal, un padre con custodia):
_____**Si es asignado por el tribunal proporcione una copia de la orden judicial.**

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorización para la Divulgación de Información
Bilateral**

1. Paciente/Información del Solicitante	
Nombre: _____	Otros Nombres: _____
Calle: _____	APTO. #: _____
Ciudad/Pueblo: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
# de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____	

2. Autorización para la Divulgación: Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) a recibir y divulgar información, ya sea verbalmente o por escrito, incluyendo comunicaciones confidenciales de o a la Persona, Agencia o Institución nombrada a continuación.	
Persona, Agencia o Institución (p.ej., nombre y dirección del hospital, proveedor para paciente ambulatorio, programa residencial, otro) Nombre: _____ Atención: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Unidad de Autorización de Servicio del DMH

3. Marque para indicar la información que desea compartir (<i>Marque todas las que apliquen</i>)		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de Salud Mental brindado por un Psiquiatra; Psicólogo; Especialista en Enfermería Clínica de Salud Mental; Consejería por parte de un Trabajador Social Certificado; todos los demás Proveedores de Salud Mental Certificados.		
<input type="checkbox"/> Expediente de Salud Mental Completo, <i>excluyendo las Notas de Psicoterapia que requieren autorización por separado</i>		
<input type="checkbox"/> Resumen del Alta		<input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento
<input type="checkbox"/> Planes de Servicios Individuales (ISPs) y Planes de Acción Individuales (IAPs)	<input type="checkbox"/> Examen Neuropsicológico	<input type="checkbox"/> Resumen de Transferencia
<input type="checkbox"/> Documentación para la Admisión	<input type="checkbox"/> Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) / información adicional: _____		

4. Fechas de la información que desea compartir: (Especifique las fechas O seleccione un período de 3 años marcando la casilla de dicha opción)
Fechas de la Información Solicitada: Desde: _____ Hasta: _____
<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Para el período de 3 años anterior a la fecha de esta autorización.

REQUEST FOR DMH SERVICES – Service Authorization Use Only**Autorización para la Divulgación de Información
Bilateral**

1. Paciente/Información del Solicitante	
Nombre: _____	Otros Nombres: _____
Calle: _____	APTO. #: _____
Ciudad/Pueblo: _____	Estado: _____ Código Postal: _____
# de Seguro Social _____	Fecha de Nacimiento: _____
Teléfono: _____	

2. Autorización para la Divulgación: Autorizo al Departamento de Salud Mental (DMH, por sus siglas en inglés) a recibir y divulgar información, ya sea verbalmente o por escrito, incluyendo comunicaciones confidenciales de o a la Persona, Agencia o Institución nombrada a continuación.	
Persona, Agencia o Institución (p.ej., nombre y dirección del hospital, proveedor para paciente ambulatorio, programa residencial, otro) Nombre: _____ Atención: _____ Calle: _____ Ciudad/Pueblo: _____ Estado/Código Postal: _____ Teléfono: _____ Fax: _____	Unidad de Autorización de Servicio del DMH

3. Marque para indicar la información que desea compartir (<i>Marque todas las que apliquen</i>)		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico y tratamiento de Salud Mental brindado por un Psiquiatra; Psicólogo; Especialista en Enfermería Clínica de Salud Mental; Consejería por parte de un Trabajador Social Certificado; todos los demás Proveedores de Salud Mental Certificados.		
<input type="checkbox"/> Expediente de Salud Mental Completo, <i>excluyendo las Notas de Psicoterapia que requieren autorización por separado</i>		
<input type="checkbox"/> Resumen del Alta		<input type="checkbox"/> Planes de Tratamiento
<input type="checkbox"/> Planes de Servicios Individuales (ISPs) y Planes de Acción Individuales (IAPs)	<input type="checkbox"/> Examen Neuropsicológico	<input type="checkbox"/> Resumen de Transferencia
<input type="checkbox"/> Documentación para la Admisión	<input type="checkbox"/> Examen Físico	<input type="checkbox"/> Informes de Laboratorio
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) / información adicional: _____		

4. Fechas de la información que desea compartir: (Especifique las fechas O seleccione un período de 3 años marcando la casilla de dicha opción)
Fechas de la Información Solicitada: Desde: _____ Hasta: _____
<input checked="" type="radio"/> <input type="checkbox"/> Para el período de 3 años anterior a la fecha de esta autorización.



COMMONWEALTH DE MASSACHUSETTS
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD

ESTE AVISO DESCRIBE CÓMO SE PUEDE USAR Y DIVULGAR
SU INFORMACIÓN MÉDICA Y CÓMO USTED PUEDE
ACCEDER A ESTA INFORMACIÓN.
FAVOR DE LEER CUIDADOSAMENTE

Este aviso entra en vigor el 15 de mayo de 2018

Privacidad

El Departamento de Salud Mental (DMH) está obligado por ley estatal y federal a mantener la privacidad y seguridad de su información médica protegida (PHI por sus siglas en inglés). La PHI incluye toda información identificable sobre su salud física o mental, la atención médica que recibe y el pago por su atención médica. Información sobre los cuidados que ha recibido de otros proveedores también puede incluirse en su PHI.

El DMH está obligado por ley a proporcionarle este aviso para informarle cómo puede usar y divulgar su PHI y para informarle de sus derechos de privacidad. El DMH debe cumplir con las prácticas de privacidad establecidas en su Aviso de Prácticas de Privacidad más reciente.

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 la PHI que el DMH ya tiene, así como a la PHI que el DMH reciba en el futuro. El aviso de privacidad vigente se publicará en los centros y programas del DMH, en el sitio web del DMH (www.state.ma.us/dmh), y estará disponible a solicitud. Cada aviso de privacidad será fechado.

Cómo el DMH PUEDE usar y divulgar su PHI

El DMH puede usar su PHI dentro de la organización del DMH y divulgarla fuera de la organización sin su autorización para los siguientes fines:

- 1. Para tratamiento** - El DMH puede usar / divulgar su PHI a médicos, enfermeras, residentes o estudiantes y otros proveedores de atención médica que se encargan de su atención médica y los servicios relacionados. Se utilizará su PHI para ayudar a desarrollar su plan de tratamiento y / o servicio y para llevar a cabo revisiones y evaluaciones periódicas. Se puede divulgar su PHI a otros profesionales y proveedores de atención médica para obtener recetas, análisis de laboratorio, consultas y otros elementos necesarios para brindarle atención médica. La PHI se divulgará a los proveedores de atención médica con el fin de derivarlo para recibir servicios y luego para coordinar y proporcionar los servicios que usted reciba.
- 2. Para pago** – El DMH puede usar / divulgar su PHI para facturar y cobrar el pago de sus servicios de atención médica. El DMH puede divulgar partes de su PHI al programa de Medicaid o Medicare o a un pagador de terceros para determinar si ellos harán el pago, para obtener aprobación previa y para respaldar reclamos y facturas.
- 3. Para operaciones de atención médica** - El DMH puede usar / divulgar su PHI para apoyar actividades tales como la planificación de programas, actividades gerenciales y administrativas, control de calidad, recepción y respuesta a quejas, programas de cumplimiento (por ejemplo, Medicare), auditorías, capacitación y acreditación de profesionales de atención médica, y certificación y acreditación (por ejemplo, The Joint Commission).

- 4. Recordatorios de citas** - El DMH puede utilizar su PHI para recordarle de una cita o para darle instrucciones de seguimiento o información sobre alternativas de tratamiento u otros beneficios y servicios relacionados con la salud que puedan ser de su interés.
- 5. Socios Comerciales** - El DMH puede usar / divulgar su PHI a contratistas, agentes y otros socios comerciales que necesiten la información para ayudar al DMH a obtener pagos o realizar sus operaciones comerciales. Si el DMH divulga su PHI a un socio comercial, el DMH tendrá un contrato por escrito con ese socio comercial para asegurar que también proteja su PHI.
- 6. Familia y Amigos/Clero** - El DMH puede revelar una cantidad limitada de su PHI para los siguientes propósitos:
- **Clero** - Si usted está de acuerdo, verbalmente o de otra manera, se puede revelar su afiliación religiosa al clero.
 - **Familiares, amigos u otros** - Si usted está de acuerdo o no se opone, su PHI puede ser divulgada a las personas que participen en su cuidado o en el pago de su cuidado si está directamente relacionada con su participación en su cuidado o en el pago de su cuidado.
- 7. Obligado por la ley** - El DMH puede usar / divulgar su PHI según lo requiera la ley, por ejemplo, para reportar un crimen cometido en su propiedad; de conformidad con una orden judicial; para reportar abuso o negligencia infantil, y otras situaciones en las que el DMH esté obligado a hacer informes y / o divulgar PHI de conformidad con un estatuto o reglamento.
- 8. Demandas y disputas** - Si usted inicia una acción legal u otro procedimiento en contra del DMH o de nuestros empleados o agentes, podemos usar y divulgar su PHI para defendernos.
- 9. Otros Propósitos** – El DMH puede usar / divulgar su PHI:
- Para procedimientos de tutela o compromiso en los que el DMH participe;
 - Para otros procedimientos judiciales y administrativos si se cumplen ciertos criterios;
 - A las autoridades de salud pública que deban recibir reportes de abuso o negligencia;
 - Para fines de investigación, después de una estricta revisión interna;
 - Para evitar una amenaza grave e inminente a la salud o la seguridad;
 - A personas que lo atiendan en una situación de emergencia si se cumplen ciertos criterios;
 - A instituciones correccionales si usted es un recluso o si es detenido por un oficial de la ley. Podemos revelar su PHI a los oficiales de la prisión o a los oficiales de la ley si es necesario para brindarle atención médica, o para mantener la seguridad y el orden en el lugar donde usted se encuentre confinado;
 - A los funcionarios de salud pública autorizados para actividades de salud pública tales como registrar enfermedades y reportar estadísticas vitales;
 - A agencias gubernamentales autorizadas para realizar auditorías, investigaciones e inspecciones de nuestras instalaciones. Estas agencias gubernamentales monitorean las operaciones del sistema de salud, los programas de beneficios del gobierno como Medicare y Medicaid, y el cumplimiento con los programas regulatorios del gobierno y las leyes de derechos civiles;
 - Para reclamos de compensación de trabajadores;
 - Para determinadas funciones especializadas del gobierno, si se cumplen ciertos criterios; y
 - En el lamentable caso de su muerte, podemos revelar su PHI a médicos forenses, examinadores médicos, directores de funerarias y ciertas organizaciones de adquisición de órganos y tejidos.

Usos / divulgaciones que requieren autorización por escrito

Se requiere que el DMH tenga una autorización por escrito de usted o de su representante personal legalmente autorizado para usos / divulgaciones que no sean el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, a menos que se aplique alguna de las excepciones mencionadas anteriormente. Usted puede anular una

autorización en cualquier momento, si lo hace por escrito. Una anulación detendrá usos / divulgaciones futuras salvo en los casos en que el DMH ya haya actuado en base a su autorización.

Se requiere una autorización para la mayoría de los usos y divulgaciones de las notas de psicoterapia (estas son las notas que ciertos proveedores profesionales de salud mental mantienen que registran sus citas con ellos y que no están guardadas en su expediente médico), cierta información sobre el trastorno por uso de sustancias, pruebas de detección del VIH o resultados de las mismas, y cierta información genética, incluso si la divulgación se hace para fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, como se describe arriba.

Aunque los siguientes tipos de usos / divulgaciones no están contemplados por el DMH, necesitamos informarle que cualquier uso o divulgación de su PHI para mercadeo que incluya remuneración financiera al DMH requerirá una autorización. Del mismo modo, para vender su PHI, el DMH debe obtener una autorización. El DMH no usará ni divulgará su PHI para fines de recaudación de fondos.

Sus derechos respecto a su PHI

Usted o su representante personal legalmente autorizado tiene derecho a:

- Pedir que el DMH utilice una dirección o número de teléfono específico para comunicarse con usted. El DMH intentará complacer todas las peticiones razonables.
- Obtener, a petición, una copia en papel de este aviso o cualquier revisión de este aviso, incluso si consintió en recibirlo electrónicamente.
- Inspeccionar y solicitar una copia de la PHI utilizada para tomar decisiones sobre su atención. Cuando los registros se mantienen electrónicamente, usted puede solicitar una copia electrónica. El acceso a sus registros podría estar restringido en circunstancias limitadas. Si el DMH deniega su solicitud, en todo o en parte, usted puede solicitar que la denegación sea revisada. Se pueden cobrar tarifas por hacer copias y enviarlas por correo. Normalmente, el DMH responderá a su solicitud dentro de 30 días. Si se necesita tiempo adicional para responder, el DMH le notificará dentro de los 30 días para explicarle la(s) razón(es) de la demora e indicarle cuándo puede esperar una respuesta final a su solicitud. **Esta solicitud debe hacerse por escrito.**
- Solicitar adiciones o correcciones a su PHI. El DMH no está obligado a aceptar dicha solicitud. Si no cumple con su solicitud, el DMH le explicará la razón por escrito dentro de 60 días y le notificará de sus derechos específicos en ese caso. Si se necesita tiempo adicional para responder, el DMH le notificará dentro de los 60 días para explicarle la(s) razón(es) de la demora e indicarle cuándo puede esperar una respuesta final a su solicitud. **Esta solicitud debe hacerse por escrito.**
- Solicitar un informe de divulgaciones (hasta los últimos seis años) que identifique, de acuerdo con las leyes aplicables, determinadas personas u organizaciones a las que el DMH haya divulgado su PHI y el motivo de ello. Un informe no incluirá las divulgaciones que: (1) se hayan hecho a usted o a su representante personal; (2) hayan sido autorizados o aprobados por usted; (3) se hayan hecho para el tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica; y (4) la ley haya requerido que se hicieran. Normalmente, el DMH responderá a su solicitud dentro de 60 días. Si se requiere tiempo adicional para responder, el DMH le notificará dentro de los 60 días para explicarle la(s) razón(es) de la demora e indicarle cuándo puede esperar una respuesta final a su solicitud. **Esta solicitud debe hacerse por escrito.**
- Solicitar que el DMH restrinja la forma en que utiliza o divulga su PHI. El DMH no está obligado a aceptar tal restricción, con la excepción de que usted, o alguien actuando en su nombre, pague por un servicio o artículo de atención médica de su bolsillo en su totalidad, el DMH aceptará no divulgar la PHI que pertenezca sólo a ese servicio o artículo con su plan de salud con el propósito de pago u operación de atención médica, a menos que el DMH esté obligado por la ley a divulgar esa PHI. **Esta solicitud debe hacerse por escrito.**

Las solicitudes antes mencionadas se pueden hacer o presentar en cualquier centro u oficina del DMH.

Conservación de registros

Sus registros personales se conservarán durante un mínimo de 20 años a partir de la última fecha en que reciba servicios de un centro para pacientes hospitalizados del DMH y / o de servicios comunitarios operados por el DMH. Después de ese plazo, sus registros podrían ser destruidos.

Violación de la PHI

El DMH le informará si sucede una violación de su PHI no asegurada.

Quejas

Si usted cree que su privacidad o sus derechos de privacidad han sido violados, o si quiere presentar una queja, puede contactar a: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, correo electrónico: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, teléfono: 617-626-8160, fax: 617-626-8242. Las quejas deben hacerse por escrito.

También puede presentar una queja ante el Secretary of Health and Human Services, Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services, JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA. 02203.

Nadie puede tomar represalias en su contra por presentar una queja o por ejercer sus derechos como se describe en este aviso.

Información de contacto sobre las prácticas de privacidad

Si desea obtener más información sobre las prácticas de privacidad del DMH, o si desea ejercer sus derechos, puede contactar a: DMH Privacy Officer, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, correo electrónico: DMHPrivacyOfficer@MassMail.State.MA.US, teléfono: 617-626-8160, fax: 617-626-8131. Las quejas deben hacerse por escrito.

También puede comunicarse con la oficina de registros médicos de un centro de DMH (para los registros de ese centro), con un director de programa de DMH (para los registros de ese programa), con su oficina local (para los registros de administración de casos) o con el funcionario de derechos humanos de su centro o programa, para obtener más información o asistencia.

Información de contacto del DMH

Si desea obtener más información (no relacionada con la privacidad) sobre el DMH y sus servicios, puede contactar a: DMH Information, Department of Mental Health, 25 Staniford Street, Boston, MA 02114, correo electrónico: dmhinfo@state.ma.us, teléfono: 800-221-0053, fax: (617) 626-8131.

También puede comunicarse con su director de programa del DMH o el funcionario de derechos humanos de su centro o programa para obtener más información o asistencia.