

Autorización para divulgar expedientes de MassHealth o de Health Connector



Dirección postal: MassHealth Privacy Office
One Ashburton Place, 11th Floor
Boston, MA 02108

Correo electrónico: Privacy.Officer@mass.gov
En línea: mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request

Nombre del afiliado o solicitante: Apellido		Nombre	Inicial del 2.º nombre
Fecha de nacimiento	Número de teléfono	Número de ID de MassHealth (o los últimos 4 dígitos del SSN)	

Dirección: Calle (incluya núm. de dpto., si corresponde)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Correo electrónico

Por la presente, autorizo a MassHealth y a Health Connector a enviar mi información de salud protegida

A mí A esta persona u organización

Enviar estos expedientes por: Correo postal Correo electrónico seguro o cifrado Otro (especifique)

UTILIZAR CORREO ELECTRÓNICO O DIRECCIÓN ALTERNATIVOS

(Complete esto SOLO si desea que usemos una dirección o un correo electrónico diferente del indicado anteriormente).

Dirección: Calle (incluya núm. de dpto., si corresponde)

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

Correo electrónico

INFORMACIÓN POR SER DIVULGADA (Por favor, seleccione un intervalo de fechas)

- Reclamos
de (mes/año) _____ a (mes/año) _____
- Solicitudes
de (mes/año) _____ a (mes/año) _____
- Avisos
de (mes/año) _____ a (mes/año) _____
- Otro (especifique contenido) _____

PROPÓSITO DE LA DIVULGACIÓN (Por favor, marque uno)

- Mi petición Beneficios Educación
 Derechos legales Otro (especifique)

MARQUE SI SOLICITA INFORMACIÓN SOBRE TRATAMIENTOS
POR CONSUMO DE SUSTANCIAS O DE ALCOHOL

Entiendo que tengo derecho a revocar mi autorización en cualquier momento. Si yo revoco mi autorización, eso no afectará ninguna divulgación que MassHealth ya haya hecho mientras tenía mi autorización para hacerlo. Entiendo que, si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito. Las revocaciones se deben enviar a MassHealth Privacy Office, a privacy.officer@mass.gov, o a la dirección de correo postal indicada anteriormente.

Entiendo que la autorización para divulgar esta información de salud es voluntaria. Mi decisión de usar este formulario no afectará la inscripción en mi plan de seguro de salud ni mi elegibilidad para recibir beneficios. Entiendo que la información de salud usada o divulgada según esta autorización puede ser susceptible de que el autorizado la vuelva a divulgar y de que la legislación de Confidencialidad Federal ya no la proteja. No obstante, es posible que al autorizado se le prohíba divulgar información sobre consumo de sustancias. Entiendo que MassHealth puede cobrarme un costo razonable por suministrar mis expedientes.

Esta autorización vencerá el día o cuando _____. Si dejo de especificar una fecha o un evento de vencimiento, esta autorización vencerá a los doce meses desde la fecha de la firma indicada a continuación, a menos que yo la revoque antes. He leído con atención y he entendido lo mencionado anteriormente, todas mis preguntas han sido explicadas a mi satisfacción y, por la presente, autorizo expresa y voluntariamente a divulgar la información o los expedientes médicos de mis afecciones previamente indicados a aquellas personas o agencias nombradas anteriormente.

Firma del afiliado o solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del representante legal: _____ Fecha: _____

Nombre del representante legal en letra de imprenta: _____ Relación con el afiliado o solicitante: _____
(Se requiere prueba de la autorización legal para actuar en nombre del afiliado, si no estuviera ya archivada en MassHealth).