

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS



Esta é a única versão aceita pelos Serviços de Avaliação de Deficiência do MassHealth.

REQUERENTE:

Se você não preencher completamente esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES) não poderão determinar se você tem uma deficiência. Você poderá perder ou ter seus benefícios do MassHealth reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas do MassHealth nos ajuda a obter informações de saúde do seu provedor de atendimento de saúde, para que o DES possa decidir sobre uma deficiência.

Leia com atenção as instruções antes de começar. Se você deixar qualquer seção deste formulário em branco, ou não preencher o formulário da maneira correta, a permissão não será válida. Seu provedor de atendimento de saúde não poderá compartilhar com o DES suas informações de saúde protegidas.

- Assine e date um formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas **separado** para **cada** médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro provedor de atendimento de saúde que você mencionou no Suplemento de Deficiência.
- Todos os formulários de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas devem ser preenchidos com tinta preta ou azul e devem ser originais. Formulários preenchidos e assinados a lápis não são permitidos. Cópias ou carimbos de assinaturas não são permitidos. Assinaturas eletrônicas são aceitas.
- Somente uma assinatura deve constar em uma linha.
- Versões enviadas por e-mail, fax e correio são aceitas, com assinatura válida.
- Se este formulário se refere a uma criança menor de 18 anos, um dos pais ou tutor legal deve assinar pela criança.
- Os tutores legais devem anexar uma cópia completa do formulário que lhes outorga autoridade para agir em nome do requerente.

Se precisar de ajuda para preencher o Formulário de Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, ligue para um representante do DES pelo telefone (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas apoia o requerimento de benefícios públicos desta pessoa. De acordo com M.G.L. c. 112 § 12CC, não deve haver cobrança pela liberação dos registros solicitados. Segundo o estatuto, os registros devem ser produzidos em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para Divulgar Informações de Saúde Protegidas, autorizo meu provedor de atendimento de saúde a compartilhar minhas informações de saúde protegidas com os Serviços de Avaliação de Deficiência (DES). Este formulário permitirá que meus médicos compartilhem minhas informações de saúde protegidas com o DES para determinar minha qualificação receber serviços de deficiência.

- Compreendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente. Se as informações forem compartilhadas novamente, elas podem não estar mais protegidas por leis de confidencialidade federais ou estaduais.
- Também entendo que certas informações de saúde sensíveis têm proteções especiais. Essas informações de saúde sensíveis incluem registros sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e condições psicológicas ou psiquiátricas. Essas informações de saúde sensíveis são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. O 42 CFR parte 2 não permite que um programa que fornece diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde que o programa cria, recebe ou adquire sobre mim sem minha autorização.

SEÇÃO 1: Informações do requerimento ao MassHealth

Nome	Data de nascimento
Endereço residencial	
Cidade, estado, código postal	Número de telefone

SEÇÃO 2: Informações sobre o provedor de atendimento de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro provedor atendimento de saúde		
Endereço	Andar	Suite
Cidade, estado, código postal	Número de telefone	

SEÇÃO 3: Informações médicas sensíveis a serem compartilhadas com DES

Marque SIM para informar sua permissão para a divulgação das seguintes informações, se constarem do seu registro.

- ☐ Sim Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- ☐ Sim Informações de HIV, AIDS, doença sexualmente transmissível
- ☐ Sim Testes genéticos Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sim Informações sobre uso de substâncias

Esta autorização é válida por 12 meses a partir da data de assinatura até sua expiração.
Esta autorização vence 12 meses depois da data de assinatura.

Assinatura do requerente ou do representante legal	Data
Relação com o requerente ou autoridade para agir em nome do requerente.	

Se este formulário estiver sendo preenchido por um representante legal, anexe uma cópia completa do documento que lhe outorga autoridade para agir em nome do requerente.

A menos que já tenha sido tomada uma ação com base nesta autorização, ou durante um período de contestação conforme a lei aplicável, eu entendo que posso revogar esta autorização a qualquer momento enviando uma solicitação por escrito para: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.