



AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta es la única autorización que aceptan los Servicios de Evaluación de Discapacidad de MassHealth

SOLICITANTE:

Si usted no completa la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* en su totalidad, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth no podrán tomar una determinación respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o podrían ser reducidos.

Instrucciones

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud confidencial de su proveedor de servicios de salud para que los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Por favor lea atentamente las instrucciones antes de completar este formulario. Si usted deja secciones en blanco en este formulario, este consentimiento no tendrá validez, y el proveedor de servicios de salud no podrá compartir su información con los DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios de salud no comparte su información de salud protegida con los DES de MassHealth, no podremos tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Instrucciones generales para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth

Usted debe seguir todas las instrucciones al completar los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth. Los proveedores de servicios de salud no le enviarán la información de salud protegida a los DES de MassHealth si usted no completa los formularios inmediatamente. Necesitamos las copias de su información de salud protegida para tomar una determinación respecto a una discapacidad.

1. Firme y escriba la fecha en un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth aparte para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en la Parte 2 del Suplemento de discapacidad.
2. Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz.
3. Puede haber una sola firma en la línea.
4. Si este formulario es para un niño menor de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe firmar por dicho niño.
5. Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del documento que les autorice a actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

Si usted necesita asistencia para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth, llame al representante de los DES al (800) 888-3420.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta solicitud de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a M.G.L.c.112 § 12CC, no se debe cobrar por la divulgación de los expedientes que sean solicitados. Según los estatutos, los expedientes deben ser provistos dentro de los 30 días.

Al completar y firmar la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida*, yo autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth. Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con MassHealth (DES) para determinar si soy elegible para recibir servicios por discapacidad.

- Entiendo que parte de la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser revelada por los DES, y que de ser así, podría no estar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información de salud posee protecciones especiales por ser información confidencial. Dicha información de salud incluye los expedientes sobre la infección por VIH, SIDA, las pruebas genéticas y los trastornos psicológicos o psiquiátricos. La presente información de salud está protegida por leyes estatales y federales y no puede ser compartida sin mi consentimiento expreso por escrito a no ser que la ley permita lo contrario. El 42 CFR parte 2 no permite que un programa, que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, comparta sin mi autorización la información sobre mi salud que haya creado, recibido u obtenido.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante o afiliado de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Calle	
Ciudad, estado, código postal	
Número de teléfono ()	

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otros proveedores de servicios de salud
Calle
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono ()

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud a compartir con DES

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos completos. Marque Sí o NO para CADA UNA de las siguientes opciones.

- Sí No Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí No Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Sí No Pruebas genéticas. Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí No Información sobre uso de sustancias
- Sí No Otro (por favor especifique): _____

La presente autorización es válida desde los 12 meses anteriores a la fecha de la firma hasta su vencimiento. Esta autorización vence a los 12 meses desde la fecha de la firma.

Firma del solicitante, afiliado o representante legal autorizado

Fecha

Relación con el solicitante o afiliado, o autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado

Fecha

Por favor adjunte una copia completa del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

A menos que se haya actuado al amparo del mismo, o durante el período de impugnación según las leyes pertinentes, yo entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorización vence en un (1) año desde la fecha de la firma.