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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

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

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "SÍ" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

- ☐ Sí Información de salud mental o psiquiátrica
- ☐ Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- ☐ Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G
- ☐ Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado _____ Fecha _____

Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante _____

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.