

# Mancomunidad de Massachusetts

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos  
Departamento de Servicios de Desarrollo

## Solicitud de Elegibilidad para el DSD

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

#### Edad actual del solicitante:

Entre 5 y 22 años de edad

22 años de edad o más

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ FN: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Apellido Primero Segundo

Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombre de la Calle Número de la Calle Departamento/Unidad N°

\_\_\_\_\_  
Ciudad/Pueblo Estado Código Postal N° SS

¿En qué idioma preferiría el solicitante, padre o tutor:

- Hablar sobre el solicitante? \_\_\_\_\_
- Recibir material escrito acerca del solicitante? \_\_\_\_\_
- ¿Se necesitan servicios de interpretación para escuchar?  Si  No

NOTA: La traducción y la interpretación son gratuitas para los solicitantes

¿Cuál es la mejor forma de contactarlo? (Por favor marque todas las que sean aplicables)

- Principal ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje Si  No
- Principal ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje Si  No
- Correo electrónico \_\_\_\_\_

### DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Todas las solicitudes para DSD requieren copias de los siguientes documentos:

- Partida de Nacimiento
- Tarjeta del Seguridad Social
- Carnet(s) del Seguro de Salud (MassHealth, Medicare, Seguros Privados)
- Certificado de Domicilio en MA- EX. Licencia de Conducir en MA, Tarjeta de Identificación en MA, Factura de un Servicio a su Nombre/Dirección inscrita
- Informes que documenten el diagnóstico para el criterio para el cual desea que lo consideren
- Formulario de Reconocimiento de Notificación de las Prácticas de Privacidad (intercalado en la solicitud)

Si usted o el solicitante recibiera alguno de los servicios o evaluaciones a continuación, por favor proporcione la documentación:

- Intervención Temprana/Perfil de Desarrollo
- PEI y Evaluaciones Relacionadas y/o Plan de Adaptación
- Informe de Habilidades de Adaptación

- Informe con el diagnóstico definitivo de una discapacidad intelectual (DI) y/o desorden del espectro autista (DEA)
- Informe del CI a través de evaluaciones neurofisiológicas
- Resultados de pruebas genéticas para Smith-Magenis, Prader-Willi u otras enfermedades genéticas

**TUTELA**

**Esta sección sólo debe llenarse si hay un tutor designado por un juzgado**

Si el solicitante tiene un tutor designado por un juzgado, debe presentarse junto con esta solicitud la documentación de la tutela. En caso de que haya un tutor designado por un juzgado, esta solicitud debe ser firmada por tal tutor

Nombre del Tutor Legal: \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Para el solicitante

Dirección de los Tutores \_\_\_\_\_  
Calle y Número Ciudad/Pueblo Código Postal

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**SITUACIÓN ACTUAL**

**Usted o el solicitante:**

- ¿Vive en casa con su familia? Si  No  \_\_\_\_\_  
Si no, ¿dónde vive, excepto una escuela residencial?
- ¿Vive en una escuela residencial? Si  No  \_\_\_\_\_  
Si es así, nombre de la escuela
- ¿Sin hogar? Si  No  \_\_\_\_\_  
Si lo es, ¿cuánto hace?
- ¿Está siendo asistida por alguna otra agencia? Si  No  \_\_\_\_\_  
Si lo está, ¿por qué agencia?
- ¿Actualmente en un hospital? Si  No  \_\_\_\_\_  
Si es así, nombre del hospital
- ¿Inscrito en una escuela/universidad? Si  No  \_\_\_\_\_  
Si es así, nombre de la escuela/universidad

**TIPO DE SOLICITUD:**

**Enfermedad del Desarrollo Estrechamente Relacionada (Se aplica a niños/adultos de 5 a 22 años de edad)**

¿Está solicitando servicios al DSD debido a una Enfermedad del Desarrollo Estrechamente Relacionada? (115 CMR 6.06 (1)) Si  No

NOTA: Las enfermedades del desarrollo estrechamente relacionadas incluyen los trastornos genéticos.

Si está presentando la solicitud como persona con una Enfermedad del Desarrollo Estrechamente Relacionada, debe presentar un informe completo del diagnóstico realizado por un profesional matriculado calificado como ser un doctor en medicina, psicología, ciencias, etc. Su diagnóstico debe quedar verificado en la documentación o en los resultados de las Pruebas Genéticas.

---

### **Discapacidad Intelectual**

¿Está solicitando servicios al DSD debido a una Discapacidad Intelectual (DI)? Si  No

Si está presentando la solicitud como persona con una discapacidad intelectual (DI), debe presentar, junto con esta solicitud, un informe completo del diagnóstico realizado por un profesional matriculado calificado como ser un doctor en medicina, psicología, ciencias, etc. Su diagnóstico debe quedar verificado en la documentación. Esto incluiría las pruebas cognitivas y del CI.

---

### **Desorden del Espectro Autista**

¿Está solicitando servicios al DSD debido un Desorden del Espectro Autista (DEA)? Si  No

Si está presentando la solicitud como persona con un desorden del espectro autista (ASD), debe presentar, junto con esta solicitud, un informe completo del diagnóstico realizado por un profesional matriculado calificado como ser un doctor en medicina, psicología, ciencias, etc.

---

### **Síndrome de Prader-Willi**

¿Está solicitando servicios al DSD debido a un diagnóstico de Prader-Willi? Si  No

Si está presentando la solicitud como persona con Prader-Willi, debe presentar, junto con esta solicitud, las pruebas genéticas que verifiquen el diagnóstico de Prader-Willi.

---

### **Síndrome de Smith Magenis**

¿Está solicitando servicios al DSD debido a un diagnóstico de Smith Magenis? Si  No

Si está presentando la solicitud como persona con Smith Magenis debe presentar, junto con esta solicitud, las pruebas genéticas que verifiquen el diagnóstico de Smith Magenis diagnosis.

---

Resto de la página dejada en blanco

## PADRE O CONTACTO DIRECTO:

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Segundo Para el solicitante

Nombre de la Calle Número la Calle Departamento/Unidad N° Ciudad Estado Código Postal

¿Cuál es la mejor forma de contactarlos? (Por favor marque todas las que sean aplicables)

Principal ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje Si  No

Principal ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje Si  No

Correo electrónico \_\_\_\_\_

## CONTACTO(S) AUTORIZADOS

Si tiene alguien a quien le gustaría autorizar como contacto para el propósito de la elegibilidad, por favor indíquelo a continuación. Éste puede ser un trabajador social, un maestro, un terapeuta, etc. Esta persona no puede ser el tutor legal.

Nombre Completo: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Apellido Primero Segundo Para el solicitante

Nombre de la Calle Número la Calle Departamento/Unidad N° Ciudad Estado Código Postal

¿Cuál es la mejor forma de contactarlos? (Por favor marque todas las que sean aplicables)

Principal ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje Si  No

Principal ( ) \_\_\_\_\_ Podemos dejar mensaje Si  No

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Le doy permiso al DSD para discutir mi solicitud y los registros con la persona arriba mencionada para los propósitos de completar el proceso de determinación de la elegibilidad.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante/Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Mancomunidad de Massachusetts  
Departamento de Servicios para el Desarrollo**

**AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR FORMULARIO DE INFORMACIÓN**

---

**SECCIÓN I. Información personal:**

Nombre del individuo: \_\_\_\_\_ Otro nombre(s): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Seguridad Social #: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

- Por la presente autorizo al Departamento de Servicios para el Desarrollo a revelar al proveedor, agencia, entidad o individuo mencionado en la Sección II a continuación, la siguiente información:
- Por la presente, autorizo al proveedor, agencia, entidad o individuo mencionado en la Sección II a continuación a comunicar la siguiente información al Departamento de Servicios para el Desarrollo:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pruebas Psicológicas  | <input type="checkbox"/> Registro Completo         | <input type="checkbox"/> Otro Plan de Servicio |
| <input type="checkbox"/> Historial médico      | <input type="checkbox"/> Historial de Medicamentos | <input type="checkbox"/> Documentos de Tutela  |
| <input type="checkbox"/> Historial Educacional | <input type="checkbox"/> ITP/ISP                   | <input type="checkbox"/> Informes del hospital |

Otro (Especificar) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

**SECCIÓN II. Destinatario(s) autorizado(s).** Doy mi permiso al proveedor, agencia, entidad o persona indicada a continuación para compartir o recibir la información que se indica en la Sección I con/del Departamento de Servicios para el Desarrollo:

Nombre \_\_\_\_\_

Organización \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

---

**SECCIÓN III. Propósito de la Divulgación.** Por favor, indique el propósito del uso o divulgación de la información (por ejemplo, atención médica, legal, seguro, personal, etc.) sea específico. Si no desea enumerar una razón, simplemente puede escribir: "a mi solicitud", si Usted está iniciando la solicitud)

\_\_\_\_\_

Cualquier otro uso o divulgación de esta información está prohibido bajo los estatutos de Massachusetts y las regulaciones y políticas departamentales.

**SECCIÓN IV. Información(es) adicional(es).** El Departamento de Servicios para el Desarrollo o el proveedor, agencia, entidad o individuo enumerados en la Sección II pueden compartir mi información con esta persona(s) u organización:

Nombre

Organización

Dirección

**SECCIÓN V. Certificación.** He sido informado de los beneficios y desventajas de liberar la información anterior y voluntariamente ejecuto la liberación. Entiendo que tengo el derecho de revocar la autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, debo hacerlo por escrito y presentarla a la persona/instalación/agencia que fue autorizada a divulgar la información. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya se ha publicado en respuesta a esta autorización.

Esta autorización caducará \_\_\_\_\_ (Fecha o evento - no debe exceder un año). Entiendo que una vez que se divulgue la información anterior, el destinatario puede volver a revelarla y la información no puede estar protegida por leyes o regulaciones federales o estatales de privacidad. Entiendo que autorizar el uso o divulgación de la información identificada anteriormente es voluntaria. Entiendo que no necesito firmar este formulario para seguir recibiendo servicios de salud de DDS.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo que es el sujeto de la información o tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba el Nombre (e identifique la autoridad legal si es firmado por el Guardián u otro Representante Legal/Autorizado)

**SECCIÓN VI. Autorizaciones Específicas.** Autorizo especialmente la publicación de la siguiente información (marque todas las que apliquen):

- En la medida en que mi historial médico contenga información relativa a la prueba de anticuerpos y antígenos del VIH que esté protegida por M.G.L. C.111 S.70F, un diagnóstico de VIH/SIDA o tratamiento contra el VIH/SIDA, específicamente autorizo la divulgación o divulgación de dicha información.
- En la medida en que mi expediente médico contenga información sobre el tratamiento de alcohol o drogas que está protegido por la Regulación Federal, 42 CFR, Parte 2, autorizo específicamente la revelación o divulgación de dicha información.

\_\_\_\_\_  
Firma del individuo que es el sujeto de la Información o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

**INSTRUCCIONES:**



**DSD Región Central/Oeste**

Calle Federal One  
Springfield, MA (01105)  
Línea de Entrada: **(413)-205-0940**  
Fax: (857) 323-8363  
DDS.ELIG.CW@Mass.gov

**DSD Región Metropolitana**

Ruta Waverley Oaks 465 Oficina 120  
Waltham, MA (02452)  
Línea de Entrada: **(781) 314-7513**  
Fax: **(857) 323-8366**  
DDS.ELIG.METRO@Mass.gov

**DSD Región Sudeste**

Campanelli Drive 151 Oficina B  
Middleboro, MA (02346)  
Línea de Entrada: **(508)-866-8800**  
Número de Fax: (857) 323-8365  
DDS.ELIG.SE@Mass.gov

**DSD Región Noreste**

Centro Regional Hogan  
Casilla de Correo A  
Hathorne, MA (01937)  
Línea de Entrada: **(978) 774-5000 x850**  
Fax: **(857) 323-8364**  
DDS.ELIG.NE@Mass.gov

*Mancomunidad de Massachusetts*  
Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos  
Departamento de Servicios de Desarrollo

**Formulario de Reconocimiento de Notificación de las Prácticas de Privacidad**

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Instalación/Región/Área/Programa: \_\_\_\_\_

He revisado una copia de la Notificación de las Prácticas de Privacidad del DSD

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
Individuo o Representante Personal con autoridad legal para tomar decisiones médicas

Si lo firma un Representante Personal:

Nombre en Imprenta: \_\_\_\_\_

Función: \_\_\_\_\_ (padre/tutor, etc.)

Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Este formulario debe ser retenido por un período de al menos seis años en los registros apropiados de acuerdo con el manual de Privacidad del DSD

## *Mancomunidad de Massachusetts*

Oficina Ejecutiva de Salud y Servicios Humanos  
Departamento de Servicios de Desarrollo

### **CONSERVE ESTE DOCUMENTO EN SUS PROPIOS ARCHIVOS**

### **NOTIFICACIÓN DE LAS PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD**

**ESTA NOTIFICACIÓN DESCRIBE CÓMO PUEDE UTILIZARSE Y DIVULGARSE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA ACERCA DE USTED Y CÓMO PUEDE USTED ACCEDER A DICHA INFORMACIÓN. POR FAVOR REVÍSELA DETENIDAMENTE**

#### **Propósito:**

Esta notificación es para informarle acerca de las prácticas de privacidad del Departamento de Servicios del Desarrollo y las obligaciones legales relacionadas con la protección de la privacidad de los registros médicos o de salud suyos que nosotros creemos o recibamos. Esta notificación también explica sus derechos respecto de su información de salud y las responsabilidades del Departamento. Como se explica a continuación, la ley nos exige que nos aseguremos de que se mantenga la confidencialidad de la información médica que lo identifica.

Si tiene alguna pregunta acerca del contenido de esta Notificación de las Prácticas de Privacidad, si necesita ponerse en contacto con a alguien del Departamento por cualquier información contenida en esta Notificación de las Prácticas de Privacidad o si tiene alguna queja acerca de las Prácticas de Privacidad del Departamento, puede ponerse en contacto con la Oficina del Departamento de Privacidad a través del:

Oficial de Privacidad  
Departamento de Servicios de Desarrollo  
1000 Washington Street  
Boston, MA (02118)  
(888) 367-4435, int. 7717

#### **I. ¿Qué es la Información Médica Protegida?**

La Información Médica Protegida (**IMP**) es información que reúne el Departamento acerca de su estado de salud pasado, presente o futuro, acerca de la provisión de servicios de salud para usted, o acerca del pago de la atención médica. Ya sea en base a nuestra política de privacidad o a la ley correspondiente, el Departamento tiene un compromiso a largo plazo de proteger su privacidad y cualquier información médica personal acerca de usted que tengamos en posesión nosotros. Bajo la ley federal, debemos proporcionarle a usted esta Notificación acerca de nuestras prácticas de privacidad que le explica cómo, cuándo y por qué podemos utilizar o divulgar su IMP.

Usted puede solicitar una copia de la notificación de cualquier Oficina del Departamento de Servicios del Desarrollo. También está publicada en nuestro sitio web [www.dds.state.ma.us](http://www.dds.state.ma.us).

#### **II. ¿Cómo puede el Departamento Utilizar y Divulgar su IMP?**

Para proporcionarle servicios a usted, el DDS debe utilizar y divulgar la Información Médica Protegida de varias maneras. A continuación se enumeran ejemplos de los tipos de usos y formas de divulgación de la IMP que están permitidos *sin su autorización*.

En general, el Departamento puede utilizar o divulgar su IMP como se indica a continuación:

- **Para el Tratamiento:** El DSD puede utilizar la IMP acerca de usted para proporcionarle tratamiento o servicios. Por ejemplo, los miembros de su equipo de tratamiento pueden discutir internamente su IMP para desarrollar y llevar a cabo un plan para sus servicios. El DSD también puede divulgar la IMP acerca de usted a las personas o prestadores de servicios ajenos al Departamento que puedan estar involucrados con su atención médica, pero sólo se utilizará la cantidad de información mínima necesaria para llevar a cabo esto.
- **Para Obtener Pagos:** El DSD puede utilizar o divulgar su IMP para facturar y cobrar los pagos por sus servicios de atención médica. Por ejemplo, el DSD puede liberar partes de su IMP al programa de Medicaid, la Oficina de Seguridad Social, el personal del Departamento u otro asegurador privado.
- **Para las Operaciones de Atención Médica:** El DSD puede utilizar o divulgar su IMP durante el curso de la operación de las instalaciones del Departamento, los centros del desarrollo y otros programas del Departamento. Hay usos y formas de divulgación que son necesarias para ejecutar nuestros programas, incluyendo asegurarnos de que todos nuestros consumidores reciban atención de calidad. Por ejemplo, podemos utilizar su IMP para mejoramiento de la calidad, para revisar nuestros tratamientos y servicios y para evaluar el desempeño del Departamento y/o el personal que le proporciona a usted la atención. También podemos divulgar la información a doctores, enfermeras, técnicos, estudiantes de medicina y demás personal como se enumeró más arriba para propósitos de revisión y aprendizaje. También puede ser necesario obtener o intercambiar información con otras agencias estatales de Massachusetts.

La ley establece que podemos utilizar o divulgar su IMP *sin consentimiento ni autorización* en las siguientes circunstancias:

- **Cuando la Ley lo Requiere para Funciones Gubernamentales Específicas:** El DSD puede divulgar la IMP cuando la ley exige que revelemos información acerca de un supuesto abuso, negligencia o violencia doméstica, o relacionada con una supuesta actividad criminal, o en respuesta a una orden judicial. Podemos divulgar la IMP a las autoridades que monitoreen el cumplimiento de estos requerimientos de privacidad. También podemos divulgar la IMP a los programas de beneficio del gobierno tales como Medicaid en relación a la elegibilidad y la inscripción para los reclamos de indemnización de los trabajadores, y por razones de seguridad nacional tales como la protección del Presidente.
- **Para Actividades de Salud Pública y Seguridad:** El DSD puede divulgar la IMP cuando se nos exija reunir información acerca de una enfermedad o lesión, para informar estadísticas vitales a una autoridad sanitaria pública, informar de reacciones adversas a medicaciones, retirar productos o prevenir una enfermedad.
- **Para Actividades de Supervisión de Salud:** El DSD puede divulgar la IMP dentro del Departamento o a otras agencias responsables de monitorear el sistema de atención médica para propósitos tales como informar o investigar incidentes inusuales y monitorear el programa de Medicaid.
- **En Relación a los Difuntos:** El DSD puede divulgar la IMP relacionada con la muerte a los forenses, examinadores médicos o directores funerarios, y a las organizaciones de obtención de órganos en relación a donaciones o transplantes de órganos, ojos o tejidos. La información también puede divulgarse en relación a investigaciones internas o externas.
- **Para Propósitos de Investigación, Auditoría o Evaluación:** En ciertas circunstancias, y bajo la supervisión de un comité de revisión de la investigación, el DSD puede divulgar la IMP a investigadores autorizados y sus delegados para colaborar con la investigación.
- **Para Responder a las Demandas y las Acciones Legales:** El DSD puede compartir información de salud acerca de usted en respuesta a una orden judicial o administrativa, o en respuesta a una citación, hasta el punto autorizado por la ley estatal o federal, incluyendo pero sin limitarse a: G.L. c. 123B, § 17 (Confidencialidad de los Registros del DSD); G.L. c. 66A, § 2 (Ley de Prácticas Justas sobre la Información); G.L. c. 111, § 70(f) (análisis de HIV); G.L. c. 111B, § 11 (tratamiento del alcoholismo); y G.L. c. 111E, § 18 (tratamiento de la drogadicción).

- **Para Evitar una Amenaza para la Salud o la Seguridad:** Para evitar una seria amenaza para la salud o la seguridad, el DSD puede divulgar la IMP según sea necesario para el orden público o para otras personas que puedan razonablemente prevenir o reducir la amenaza de daño.

### **III. Usos y Formas de divulgación de la IMP que Requieren de su Autorización.**

Para usos y formas de divulgación que no sean para propósitos del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, se nos exige que tengamos su autorización por escrito, a menos que el uso o la forma de divulgación caiga dentro de alguna de las excepciones arriba mencionadas. Las autorizaciones pueden ser revocadas en cualquier momento para impedir futuros usos/divulgaciones excepto en el caso de que ya hayamos emprendido la acción en virtud de su autorización.

### **IV. Usos y Formas de Divulgación Limitados a Familiares, Amigos y Otros Siempre y Cuando Usted no los Objete**

Podemos divulgar una cantidad limitada de su IMP a familiares, amigos u otras personas involucradas en su cuidado si le informamos a usted por adelantado acerca de la divulgación y usted no la objeta, mientras la ley no prohíba de otro modo la divulgación.

### **V. Sus Preferencias acerca de Cómo el DSD Comparte su Información Médica Protegida**

Para cierta información de salud, usted puede informar al DSD sobre sus preferencias respecto de cómo y qué podemos compartir. En estos casos, usted tiene derecho a elegir y debe informar su elección al DSD respecto a:

- Compartir información con su familia, amigos más cercanos u otros involucrados en su cuidado;
- Compartir información en caso de asistencia en una catástrofe;
- Incluir su información en un catálogo de un hospital/instalación;
- Contactarlo para campañas de recaudación de fondos.

Si no es capaz de indicarnos sus preferencias, por ejemplo si se encuentra inconsciente, el DSD puede compartir su información si creemos que es lo mejor para usted. También podemos compartir su información cuando sea necesario para reducir una amenaza inminente para la salud o la seguridad.

### **VI. Formas de Divulgación Prohibidas**

El Departamento nunca utilizará o divulgará su información médica protegida para propósitos comerciales, para vender su información, ni compartirá sus notas de psicoterapia a menos que haya proporcionado su permiso por escrito autorizando tal divulgación. En caso de recaudación de fondos, el DSD puede contactarlo para las campañas de recaudación de fondos, pero usted le puede avisar al DSD que no desea que lo vuelvan a contactar.

### **VII. Sus Derechos Respecto a su Información Médica Protegida**

Usted tiene los siguientes derechos en relación a su información médica protegida:

- **A Obtener una Copia de esta Notificación de las Prácticas de Privacidad:** Usted puede pedirle al DSD una copia impresa de esta notificación en cualquier momento.
- **A Revisar y Solicitar una Copia de su IMP:** A menos que su acceso a sus registros esté restringido por razones claras y documentadas acerca de su tratamiento, usted tiene derecho a revisar y obtener una copia de su información médica protegida tanto impresa como electrónica luego de presentar su solicitud por escrito. La solicitud debe presentarse ante la Oficina de Privacidad a través del coordinador de su servicio o la Oficina del

Área. El DSD le responderá a su solicitud dentro de los 30 días. Si usted quiere copias de su IMP, puede fijarse un arancel.

- **A Elegir a Alguien que Actúe en Su Representación:** Si le ha dado poderes notariales médicos a alguien o si alguien es su tutor legal, esa persona puede ejercer sus derechos y tomar decisiones acerca de su información de salud en la medida que la ley autorice. El DSD respetará las solicitudes/elecciones de su representante legalmente autorizado en la medida que la ley lo autorice.
- **A Solicitar Restricciones en los Usos/las Formas de Divulgación:** Usted tiene derecho a solicitarle al DSD que limite cómo utilizamos o divulgamos su IMP o solicitar que el DSD no utilice ni comparta cierta información de salud para el tratamiento, el pago o las operaciones de atención médica. El Departamento considerará su solicitud, pero no está legalmente obligado para aceptar la restricción si pudiera afectar a su cuidado o a la provisión del servicio. Si usted paga por un servicio o elemento de atención médica de su bolsillo, puede solicitar al DSD que no comparta tal información para propósitos de pago o para nuestras operaciones con su compañía de seguros.
- **Para Elegir de Qué Manera Podemos Contactarlo:** Usted tiene derecho a pedirle al DSD que le envíe información a una dirección alternativa o por un medio alternativo, incluyendo que lo contactemos por comunicaciones confidenciales.
- **Para Solicitar una Enmienda de su IMP:** Si usted considera que hay un error o información faltante en nuestros registros de su IMP, puede solicitar por escrito que el DSD la corrija o añada al registro. El DSD responderá dentro de los 60 días de la recepción de su solicitud. Cualquier negación indicará las razones para la negación y explicará sus derechos para realizar la solicitud y la negación, junto con cualquier declaración que usted proporcione como respuesta, adjunta a su IMP.
- **A Solicitar un Informe de Qué Divulgaciones se Han Realizado:** En ciertas circunstancias, usted tiene derecho a obtener una lista de cuándo, a quién, para qué propósito y qué contenido de su IMP se ha divulgado.
- **A Presentar una Queja:** Si usted cree que el DSD ha violado sus derechos de privacidad, o está en desacuerdo con una decisión que el Departamento ha tomado respecto del acceso a su IMP, usted puede presentar una queja con el Oficial de Privacidad del DSD. Usted también puede presentar una queja por los Derechos Civiles con la Oficina del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EEUU enviando una carta a Avenida Independencia 200, S.W., Washington D.D. (20201), llamando al 1-877-696-6775 o visitando el Sitio web de SSH en: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/complaints/). El departamento no tomará ninguna acción de represalia si usted realiza tal reclamo.

#### **VIII. Responsabilidades de Privacidad y Seguridad del DSD:**

El Departamento tiene las siguientes responsabilidades en relación en relación a su información médica protegida:

- **Proteger la Privacidad de Su Información de Salud:** La ley exige que el DSD mantenga la privacidad y la seguridad de su información médica protegida.
- **Notificar Sus Fugas:** El DSD lo contactará de inmediato si ocurre una fuga de información que haya comprometido la privacidad o seguridad de su información médica no resguardada.
- **Notificación de las Prácticas de Privacidad:** El DSD debe cumplir con las obligaciones y prácticas de privacidad descritas en esta notificación y poner a su disposición copias de la misma.
- **Usos y Formas de Divulgación Autorizadas:** El DSD no utilizará ni compartirá su información de otro modo que no sea alguno de los descriptos en esta notificación a menos que usted lo autorice por escrito. Usted también puede cambiar de opinión y revocar su autorización en cualquier momento poniéndose en contacto por escrito con el Departamento.

Para información adicional, véase: [www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html](http://www.hhs.gov/ocr/privacy/hipaa/understanding/consumers/noticepp.html).

**Implementación y Entrada en Vigor:**

Esta notificación sobre el uso y divulgación de la información médica protegida en todas las Instalaciones, Oficinas, Centros Regionales o del Desarrollo y otros programas del Departamento, incluyendo el uso y divulgación de la IMP por individuos o entidades involucrados en un acuerdo organizado de atención médica (AOAM) con el Departamento. Cualquier individuo o entidad que se involucre con el DSD en un AOAM debe adherirse a las obligaciones y prácticas de privacidad del DSD como se describe en esta notificación.

Esta notificación es válida a partir del 14 de abril de 2003 (según se modificó el 1<sup>ro</sup> de septiembre de 2014). El Departamento se reserva el derecho a realizar cambios en sus prácticas de privacidad y los términos de esta Notificación en cualquier momento. La nueva notificación estará disponible a pedido en cualquier Oficina del DSD y en el sitio web del Departamento.

**MANCOMUNIDAD DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL DESARROLLO  
Ingreso Regional y Elegibilidad  
Ciudades/Pueblos Regionales**

**DSD Región Centro/Oeste Coordinador  
de Elegibilidad Regional  
Calle Federal one  
Springfield, MA (01105)  
Línea de Entrada: (413)-205-0940  
Fax: (857) 323-8363**

**Ciudades y Pueblos del CENTRO/OESTE**

Adams, Agawam, Alford, Amherst, Ashburnham, Ashby, Ashfield, Ashley Falls, Athol, Auburn, Ayer, Baldwinville, Barre, Becket, Belchertown, Bellingham, Berlin, Bernardston, Blackstone, Blandford, Bolton, Boylston, Brimfield, Brookfield, Buckland, Charlemont, Charlton, Cherry Valley, Cheshire, Chester, Chesterfield, Chicopee, Clarksburg, Clinton, Colrain, Conway, Cummington, Dalton, Deerfield, Douglas, Dudley, East Brookfield, Easthampton, East Longmeadow, Egremont, Erving, Feeding Hills, Fitchburg, Florida, Franklin, Gardner, Gill, Goshen, Grafton, Granby, Granville, Groton, Great Barrington, Greenfield, Hadley, Hancock, Hampden, Hardwick, Harvard, Hatfield, Hawley, Heath, Hinsdale, Holden, Holland, Holyoke, Hopedale, Housatonic, Hubbardston, Huntington, Indian Orchard, Lancaster, Lanesboro, Lee, Leeds, Leicester, Lenox, Leominster, Leverett, Leyden, Longmeadow, Ludlow, Lunenburg, Medway, Mendon, Middlefield, Millers Falls, Milford, Millbury, Millville, Monroe, Monson, Montague, Monterey, Montgomery, Mt. Washington, New Ashford, New Braintree, New Marlboro, New Salem, North Adams, Northampton, Northbridge, Northfield, North Brookfield, Oakham, Orange, Otis, Oxford, Palmer, Paxton, Pelham, Pepperell, Petersham, Peru, Phillipston, Pittsfield, Plainfield, Princeton, Richmond, Rowe, Royalston, Russell, Rutland, Sandisfield, Savoy, Sheffield, Shelburne, Shirley, Shrewsbury, Shutesbury, Southbridge, South Deerfield, South Hadley, Leominster, Southampton, Southwick, Spencer, Springfield, Sterling, Sturbridge, Stockbridge, Sunderland, Sutton, Templeton, Tolland, Townsend, Turners Falls, Tyringham, Upton, Uxbridge, Wales Ware, Warren, Warwick, Washington, Webster, Wendell, West Boylston, West Brookfield, Westfield, Westhampton, Westminster, West Springfield, West Stockbridge, Whately, Whitinsville, Wilbraham, Williamsburg, Williamstown, Winchendon, Windsor, Worthington, Worcester

**MANCOMUNIDAD DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL DESARROLLO  
Ingreso Regional y Elegibilidad  
Ciudades/Pueblos Regionales**

**DSD Región Metropolitana  
Coordinador de Elegibilidad Regional  
Ruta Waverley Oaks 465 Oficina 120  
Waltham, MA (02452)  
Línea de Entrada: (781) 314-7513  
Número de Fax: (857) 323-8366**

**Ciudades y Pueblos Metropolitanos**

Allston, Ashland, Beacon Hill, Belmont, Boston, Brighton, Brookline, Cambridge, Canton, Charlestown, Chelsea, Chestnut Hill, Chinatown, Dedham, Dorchester, Dover, Downtown Crossing, Boston Este, Foxboro, Framingham, Holliston, Hopkinton, Hudson, Hyde Park, Jamaica Plain, Marlboro, Mattapan, Medfield, Millis, Natick, Needham, Newton, Norfolk, Northborough, North Dorchester, North End, Norwood, Plainville, Revere, Roslindale, Roxbury, Sharon, Sherborn, Somerville, Southborough, South Boston, South End, Sudbury, Walpole, Waltham, Watertown, Wayland, West Roxbury, Wellesley, Westborough, Weston, Westwood, Winthrop, Wrentham

**MANCOMUNIDAD DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL DESARROLLO  
Ingreso Regional y Elegibilidad  
Ciudades/Pueblos Regionales**

**DSD Región Noreste  
Coordinador de Elegibilidad Regional  
Centro Regional Hogan  
Casilla de Correo A  
Hathorne, MA (01937)  
Línea de Entrada: (978) 774-5000 x850  
Número de Fax: (857) 323-8364**

**Ciudades y Pueblos del Noreste:**

Acton, Amesbury, Andover, Arlington, Bedford, Beverly, Billerica, Boxborough, Boxford, Bradford, Burlington, Carlisle, Chelmsford, Concord, Danvers, Dracut, Dunstable, Essex, Everett, Georgetown, Gloucester, Groveland, Hamilton, Haverhill, Ipswich, Lawrence, Lexington, Lincoln, Littleton, Lowell, Lynn, Lynnfield, Malden, Manchester, Marblehead, Maynard, Medford, Melrose, Merrimac, Methuen, Middleton, Nahant, Newbury, Newburyport, North Andover, North Reading, Peabody, Reading, Rockport, Rowley, Saugus, Salem, Salisbury, Stoneham, Stow, Swampscott, Tewksbury, Topsfield, Tyngsboro, Wakefield, Wenham, West Newbury, Wilmington, Winchester, Woburn, Westford

**MANCOMUNIDAD DE MASSACHUSETTS  
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DEL DESARROLLO  
Ingreso Regional y Elegibilidad  
Ciudades/Pueblos Regionales**

**DSD Región Sudeste  
Coordinador de Elegibilidad Regional  
Campanelli Drive 151 Oficina B  
Middleboro, MA (02346)  
Línea de Entrada: (508)-866-5000  
Número de FAX (857) 323-8365**

**Ciudades y Pueblos del Sudeste**

Abington, Acushnet, Assonet, Attleboro, Avon, Barnstable, Berkley, Bourne, Braintree, Brewster, Bridgewater, Brockton, Carver, Chatham, Chilmark, Cohasset, Dartmouth, Dennis, Dighton, Duxbury, East Bridgewater, Eastham, Easton, Edgartown, Fairhaven, Fall River, Falmouth, Freetown, Gay Head, Gosnold, Halifax, Hanover, Hanson, Harwich, Hingham, Holbrook, Hull, Hyannis, Kingston, Lakeville, Mansfield, Marion, Marshfield, Mashpee, Mattapoisett, Middleboro, Milton, Nantucket, New Bedford, North Attleboro, Norton, Norwell, Oak Bluffs, Orleans, Pembroke, Plymouth, Plympton, Provincetown, Quincy, Randolph, Raynham, Rehoboth, Rochester, Rockland, Sandwich, Scituate, Seekonk, Somerset, Stoughton, Swansea, Taunton, Tisbury, Truro, Wareham, Wellfleet, West Bridgewater, Westport, West Tisbury, Weymouth, Whitman, Yarmouth