

Exenciones ABI y MFP de MassHealth

Formulario de autorización para divulgar información médica

Evaluación para recibir beneficios de exención de MassHealth

Este Formulario de autorización para divulgar información médica sirve para solicitar las exenciones de Lesión Cerebral Adquirida (ABI) y de Plan Seguir Adelante (MFP) de MassHealth. El propósito de este formulario es obtener información médica de sus proveedores de servicios de salud. La Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP puede usar esta información para determinar su elegibilidad para recibir la exención ABI o MFP que usted solicita. Si usted es elegible, el Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) de Massachusetts y la Comisión de Rehabilitación de Massachusetts puede utilizar esta información médica para planificar y coordinar la atención de los beneficios de su exención.

Instrucciones generales para completar el Formulario de autorización para divulgar información médica

Por favor lea atentamente las instrucciones. Necesitamos copias de su expediente médico para confirmar su elegibilidad para recibir la Exención. Si usted deja secciones en blanco, es posible que sus proveedores de servicios de salud no divulguen información a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP para determinar su elegibilidad para recibir la exención ABI o MFP que usted solicita. Tampoco podremos divulgarla al Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts ni a la Comisión de Rehabilitación de Massachusetts para que planifiquen y coordinen la atención para sus beneficios de su exención.

1. Firme y escriba la fecha en este Formulario de autorización para las Exenciones ABI y MFP de MassHealth.
2. Todas las firmas deben ser hechas con tinta y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas.
3. Puede haber una sola firma en la línea.

SECCIÓN I

Autorizo a que los proveedores de servicios de salud nombrados en la Sección II divulguen la información médica indicada en la Sección III sobre a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP. (Por favor escriba el nombre del solicitante o afiliado en imprenta).

SECCIÓN II

Por favor escriba en letra de imprenta el nombre de los proveedores de servicios de salud que pueden divulgar información médica a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP. Complete un segundo formulario de autorización si usted quiere que más de tres proveedores de servicios de salud divulguen su información médica.

Proveedor de servicios de salud #1

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud:
Calle:
Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:

Proveedor de servicios de salud #2

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud:
Calle:
Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:

Proveedor de servicios de salud #3

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud:
Calle:
Ciudad, estado, código postal:
Teléfono:

SECCIÓN III

Los proveedores de servicios de salud nombrados en la Sección II pueden divulgar la siguiente información a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP para determinar la elegibilidad para recibir las exenciones ABI o MFP. Si usted es elegible, también es posible que divulguemos esta información al Departamento de Servicios de Desarrollo de Massachusetts y a la Comisión de Rehabilitación de Massachusetts para planificar y coordinar la atención de los beneficios de su exención.

Todos mis expedientes médicos u otra información sobre mi tratamiento, hospitalización y/o cuidados ambulatorios para afecciones que incluyen:

- trastornos psicológicos o psiquiátricos
- SIDA o VIH
- maneras en que las discapacidades afectan las actividades de la vida diaria (ADL) y la capacidad de trabajar
- consumo de drogas o de alcohol
- otros (por favor, describa):

Marque aquí **si no quiere** que su proveedor de servicios de salud divulgue la información sobre su situación de SIDA o VIH

SECCIÓN IV

Toda la información médica que el proveedor de servicios de salud brinde a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP seguirá estando protegida por las leyes federales de privacidad.

La presente autorización para divulgar información médica a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP finaliza a los doce meses desde la fecha en que usted firme este formulario de divulgación, a menos que usted haya cancelado su autorización por escrito con anterioridad.

Entiendo que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a los proveedores de servicios de salud que nombré en la Sección II.

Entiendo que aunque yo cancele esta autorización, los proveedores de servicios de salud que nombré en la Sección II no pueden retirar ninguna información que haya sido divulgada a la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP mientras mis proveedores de servicios de salud tenían mi autorización para compartirla.

Entiendo que es voluntaria mi decisión de autorizar a los proveedores de servicios de salud para que divulguen información médica a efectos de recibir los beneficios de la Exención ABI o MFP de MassHealth. También entiendo que esta información no será usada para demostrar mi elegibilidad para recibir los beneficios de la Exención de MassHealth ni para planificar y coordinar la atención conforme a la Exención de MassHealth si yo no autorizo a los proveedores de servicios de salud a divulgar la información médica.

SECCIÓN V

Firma del solicitante o afiliado:	Fecha:
Nombre en imprenta del solicitante o afiliado:	Teléfono:
Calle:	Fecha de nacimiento:
Ciudad o población:	Estado: Código postal:

Si quien completa este formulario es una persona que tiene la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o del afiliado (tal como un representante de elegibilidad o un tutor legal), por favor denos la siguiente información:

Firma de la persona que completa este formulario:	
Nombre en letra de imprenta:	Fecha:
Autoridad legal de quien completa este formulario para actuar en nombre del solicitante o afiliado: Por favor denos una copia del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.	

La Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP le entregará a usted una copia de este Formulario de autorización para divulgar información médica firmado para que lo guarde para su archivo. También puede solicitar en cualquier momento otra copia del presente Formulario de autorización para divulgar información médica firmado comunicándose con la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP a la siguiente dirección.

ABI/MFP Waiver Clinical Eligibility Unit
Disability and Community-based Services
Commonwealth Medicine
University of Massachusetts Chan Medical School
333 South Street
Shrewsbury, MA 01545