

Formulario de autorización para divulgar información médica para las Exenciones ABI y MFP de MassHealth

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 del Plan Seguir Adelante (MFP) de MassHealth. El propósito de este formulario es obtener permiso de sus proveedores de servicios de salud para divulgar su información médica. La Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP usará esta información para verificar si usted es elegible para recibir la exención ABI o MFP que solicita. Si usted es elegible, el Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) de Massachusetts y MassAbility utilizarán esta información médica para planificar y coordinar los beneficios de su exención.

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

Por favor, lea atentamente estas instrucciones. Necesitamos copias de sus expedientes médicos para verificar si usted es elegible para recibir una exención. Si usted deja secciones en blanco, es posible que sus proveedores de servicios de salud no compartan información con la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP, y no podremos decidir si usted es elegible para recibir la exención ABI o MFP que solicita. Esto es lo que debe saber para enviar este formulario.

1. Firme y escriba la fecha en este *Formulario de autorización para divulgar información médica* para las Exenciones ABI y MFP de MassHealth.
2. Todas las firmas deben ser hechas con tinta y deben ser originales. No se permiten copias ni sellos de las firmas.
Se aceptan las firmas electrónicas.
3. Solo puede haber una firma en un renglón.
4. Envíe este formulario a:

Correo electrónico:
ABInfo@umassmed.edu
 o MFPinfo@umassmed.edu

Fax:
 (508) 856-7754
 o bien (855) 899-7754

Correo postal:
 Waiver Unit
 UMass Chan Medical School
 PO Box 2635
 Worcester, MA 01613

SECCIÓN 1

Autorizo a los proveedores de servicios de salud que nombré en la Sección 2 a compartir la información médica que indiqué en la Sección 3 sobre con la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP. *(Por favor, escriba el nombre del solicitante o afiliado en letra de imprenta.)*

(Por favor, tenga en cuenta que **debe colocar su firma en la Sección 5** para que sus proveedores de servicios de salud compartan su información médica.)

SECCIÓN 2

Por favor, escriba en letra de imprenta el nombre de los proveedores de servicios de salud que pueden compartir su información médica con la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP. **Si desea que más de tres proveedores de servicios de salud compartan la información médica, por favor, complete un segundo formulario de divulgación o comuníquese con nosotros para obtener un formulario adicional.**

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 3

Los proveedores de servicios de salud nombrados en la Sección 2 pueden compartir la siguiente información con la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP, a fin de determinar la elegibilidad para recibir las exenciones ABI o MFP. Si usted es elegible, es posible que compartamos también esta información con el DDS y con MassAbility para planificar y coordinar la atención de los beneficios de la exención.

Todos los expedientes médicos u otra información sobre su tratamiento, hospitalización o cuidados ambulatorios por afecciones que incluyen:

- información de salud mental o psiquiátrica
- información de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- exámenes genéticos (Consulte M.G.L. c. 111 § 70G.)
- maneras en que las discapacidades afectan las actividades de la vida diaria (ADL) y la capacidad de trabajar
- información sobre el uso de sustancias
- otro (por favor, describalo):

Marque aquí si no quiere que su proveedor de servicios de salud comparta información sobre

- información de VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual
 exámenes genéticos (Consulte M.G.L. c. 111 § 70G.)

SECCIÓN 4

Toda la información médica que su 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.

Esta autorización para compartir información médica con 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 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 2.

Entiendo que, aunque cancele esta autorización, los proveedores de servicios de salud que nombré en la Sección 2 no pueden retirar ninguna información que ya se haya compartido con la Unidad de Elegibilidad Clínica para las Exenciones ABI y MFP, cuando dichos proveedores de servicios de salud tenían mi autorización para compartirla.

Entiendo que mi decisión de autorizar a los proveedores de servicios de salud a compartir información médica a efectos de recibir los beneficios de la Exención ABI o MFP de MassHealth es voluntaria. También entiendo que esta información **no** será usada para verificar si soy elegible 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 firmo en la Sección 5, a continuación**, para autorizar a los proveedores de servicios de salud a compartir mi información médica.

SECCIÓN 5

Firma del solicitante o afiliado:	Fecha:
Nombre en letra de imprenta del solicitante o afiliado:	Fecha de nacimiento:
Calle:	Teléfono:
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 (como un representante de elegibilidad o un tutor legal), por favor, complete 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, incluya una copia del documento que le otorga 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 enviará 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.

Waiver Unit
UMass Chan Medical School
PO Box 2635
Worcester, MA 01613