

MassHealth ABI/MFP 豁免医疗记录披露表

MassHealth 豁免福利评估

本医疗记录披露表适用于 MassHealth 获得性脑损伤 (ABI) 和 Moving Forward Plan (MFP) 豁免。本表的目的是获得您的医疗保健提供者披露您的医疗信息的许可。ABI/MFP 豁免临床资格审查部将使用此类信息确定您是否符合您申请的 ABI 或 MFP 豁免资格。如果您符合资格, 马萨诸塞州发育障碍服务部 (DDS) 和 MassAbility 将使用此类医疗信息规划和协调您的豁免福利。

填写医疗记录披露表说明

请仔细阅读以下说明。我们需要您的医疗记录副本, 以便确定您是否符合豁免资格。如果您将任何部分留白, 您的医疗保健提供者可能不会与 ABI/MFP 豁免临床资格审查部分享信息, 我们将无法确定您是否符合您申请的 ABI 或 MFP 豁免资格。以下是您填写本表需要了解的信息。

1. 在本 MassHealth ABI/MFP 豁免医疗记录披露表中签名, 并注明日期。
2. 所有签名必须用圆珠笔, 且必须为原件。不允许提供复印件或签名印章。
可接受电子签名。
3. 一行中只能有一个签名。
4. 请将本表送至:

电子邮件:

ABInfo@umassmed.edu

或者 MFPInfo@umassmed.edu

传真:

(508) 856-7754

或者 (855) 899-7754

邮寄:

Waiver Unit

UMass Chan Medical School

PO Box 2635

Worcester, MA 01613

第 1 节

我授权我在第 2 节中列出的医疗保健提供者, 将我在第 3 节中列出的关于.....的医疗信息与 ABI/MFP 豁免临床资格审查部分享。(请用大写字母填写申请人或会员姓名。)

(请注意, **您必须在第 5 节签名**, 您的医疗保健提供者才能分享您的医疗信息。)

第 2 节

请用大写字母填写可能与 ABI/MFP 豁免临床资格审查部分享您的医疗信息的医疗保健提供者的姓名。**如果您希望三个以上医疗保健提供者分享您的医疗信息, 请填写第二份披露表, 或联系我们索取额外的表格。**

医疗保健提供者 #1

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称:	
街道地址:	
城市、州、邮编:	电话:

医疗保健提供者 #2

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称:	
街道地址:	
城市、州、邮编:	电话:

医疗保健提供者 #3

医生、保健中心或其他医疗保健提供者姓名/名称:	
街道地址:	
城市、州、邮编:	电话:

第 3 节

第 2 节中列出的医疗保健提供者可能会与 ABI/MFP 豁免临床资格审查部分享以下信息,以便确定您是否符合 ABI/MFP 豁免资格。如果您符合资格,我们也可能与 DDS 和 MassAbility 分享此类信息,以便制定护理计划和进行豁免福利的护理协调。

所有关于您接受治疗、住院和/或门诊护理的医疗记录或其他信息,包括:

- 精神或心理健康信息
- 艾滋病病毒 (HIV)、艾滋病、性传播疾病信息
- 遗传测试 (请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 节 70G 款)
- 残障如何影响日常生活活动和工作能力
- 物质滥用信息
- 其他 (请说明):

如果您不希望医疗保健提供者分享您的以下信息,请勾选此处:

- ☐ 艾滋病病毒 (HIV) / 艾滋病/性传播疾病信息
- ☐ 遗传测试 (请参阅《马萨诸塞州普通法》第 c. 111 节 70G 款)

第 4 节

您的医疗保健提供者提供给 ABI/MFP 豁免临床资格审查部的任何医疗信息将继续受到联邦隐私法的保护。

除非您在此之前以书面形式取消许可,否则您与 ABI/MFP 豁免临床资格审查部分享医疗信息的许可自您签署本披露表之日起 12 个月后失效。

我理解我可以随时通过向我在第 2 节中列出的医疗保健提供者发送信函取消本许可。

我理解即使我取消本许可,我在第 2 节中列出的医疗保健提供者也不能撤回在获得我的许可后与 ABI/MFP 豁免临床资格审查部分享的任何信息。

我理解我是否许可医疗保健提供者因 MassHealth ABI/MFP 豁免福利目的分享我的医疗信息是自愿性的。我还理解,如果我不在下方第 5 节签名许可医疗保健提供者分享我的医疗信息,这些信息将**不会**用于评估我是否符合 MassHealth 豁免福利或 MassHealth 豁免护理计划和护理协调的资格。

第 5 节

申请人/会员签名:	日期:
请用大写字母填写申请人/会员姓名:	出生日期:
街道地址:	电话:
城镇:	州: 邮政编码:

如果本表由具有代表申请人/会员法定权利的人 (例如资格代表或法定监护人) 填写,请填写以下信息。

填写本表人士的签名:
用大写字母填写姓名: 日期:
代表申请人/会员填写本表的人士的权限: 请随附一份授权该人士代表申请人/会员的文件副本。

ABI/MFP 豁免临床资格审核部将向您发送一份已签署的《医疗记录披露表》副本,供您留存。您也可以随时联系 ABI/MFP 临床资格审核部 (地址如下) 索取另一份已签署的《医疗记录披露表》副本。

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