

MassHealth

Suplemento de Deficiência para Adultos

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services



Instruções para preencher o Suplemento

Você indicou no aplicativo do MassHealth que tem uma deficiência. Os padrões de deficiência exigem que ela tenha durado ou se espera que dure pelo menos 12 meses. O Serviço de Avaliação de Deficiências da UMass (DES) analisará o seu pedido de deficiência para o MassHealth. É muito importante preencher este Suplemento de Deficiência.

Para obter o MassHealth com base em sua deficiência, você precisa nos informar sobre:

- seus prestadores de serviços de saúde física e mental, que podem ser médicos, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, fisioterapeutas, quiropraxistas, hospitais, centros de saúde e clínicas de quem você recebeu ou está recebendo tratamento; e
- seu histórico de trabalho nos últimos 15 anos, seu nível de escolaridade e suas atividades diárias.

Preencher o Suplemento de Deficiência fornecerá essas informações e nos ajudará a tomar uma decisão rápida.

Leia as instruções a seguir, antes de começar.

- Escreva em letra de forma ou de maneira legível e preencha o suplemento da melhor maneira possível.
- Assine e date um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas para cada prestador de serviços de saúde física e mental que você listar no suplemento.
- Depois de ter preenchido o suplemento, envie-o ao
Disability Evaluation Services/UMASS Medical DES
P.O. Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

O DES solicitará seus prontuários médicos e de tratamento dos prestadores de serviços que você tiver listado. Se tiver algum, envie uma cópia com este formulário. Se mais informações ou exames forem necessários, uma pessoa do DES entrará em contato com você. Sua qualificação será determinada mais rapidamente se todos os itens do suplemento forem preenchidos.

Este não é um pedido de benefícios médicos. Caso ainda não tenha preenchido um pedido do MassHealth, você deverá preencher um além deste formulário. Se tiver alguma dúvida sobre como fazer, ligue para (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala).

Se precisar de ajuda para preencher este formulário, ligue para a Linha direta do Serviço de Avaliação de Deficiências da UMass (DES), pelo telefone (888) 497-9890. Preencha todas as partes deste formulário.

Se não preencher todas, talvez não consigamos decidir se você tem deficiência.

Informações sobre você Sexo masculino Sexo feminino

Sobrenome			Nome			Inicial do nome do meio			Nº de seguro social		
Endereço						Nº apto.					
Cidade			Estado		CEP		Data de nasc. (mm/dd/aaaa)				
Telefone residencial			Celular			Comercial/outro					

Pode ser necessário agendar uma consulta médica para você. Quais são os melhores horários para ir a uma consulta?

Assinale todos os horários que funcionam para você.

- Qualquer um Seg/manhã Ter/manhã Qua/manhã Qui/manhã Sex/manhã
 Seg/tarde Ter/tarde Qua/tarde Qui/tarde Sex/tarde

Você pediu benefícios de Seguro Social ou o Seguro Suplementar de Renda (SSI) ou o Seguro Social por Invalidez (SSDI)? Sim Não

Se **sim**, você se consultou com um médico para fazer algum exame?

Nome do médico _____ Data do exame ____/____/____

PARTE 1 Seus problemas de saúde

Liste e descreva todos os seus problemas físicos e de saúde mental. Se estiver recebendo tratamento para o problema, informe o tipo de tratamento.

Liste seus problemas físicos e/ou mentais.	Descreva os sintomas ou as dores relacionadas a cada um.	Data em que o problema começou.	Medicamentos/tratamento
<i>Depressão</i>	<i>Muito cansaço o tempo todo. Difícil levantar da cama de manhã. Choro muito durante o dia. Não consigo controlar o choro.</i>	<i>Abril de 2010</i>	<i>Nenhum</i>
<i>Dor nas costas</i>	<i>A dor começa na lombar e desce pela perna.</i>	<i>Junho de 2007</i>	<i>Skelexin</i>

Algum dos seus problemas de saúde começou por causa de um acidente ou uma lesão? Sim Não

Se **sim**, explique.

PARTE 2 Informações sobre todos os seus prestadores de serviços de saúde física e mental

Recebeu atendimento médico no ano passado? Sim Não

Se **sim**, liste todos os prestadores de serviços de saúde física e mental que trataram de algum dos seus problemas de saúde desde que começaram. Um prestador de serviços de saúde física e mental pode ser um médico, psicólogo, terapeuta, assistente social, fisioterapeuta, quiropraxista, hospital, centro de saúde e clínica onde você recebe tratamento. Use uma folha separada se faltar espaço.

Se você estiver recebendo tratamento de apenas um lugar, liste apenas ele.

Nomes dos prestadores de serviços de saúde física e mental	Motivo do atendimento	O atendimento foi no ano passado?
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Preencha um **formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas** para cada prestador de serviços de saúde física e mental desta lista. Assine e date cada formulário. Eles estão no final deste conjunto de documentos. Se precisar de mais cópias do formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, ligue para o Atendimento ao cliente do MassHealth pelo telefone (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala) ou baixe o formulário no site www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms.

PARTE 3 Onde você mora

Onde você mora? (Assinale uma opção).

- Casa ou apto Acolhimento coletivo Instituição do estado Lar de idosos Hospital de reabilitação
 Morador de rua Outro (descreva) _____

PARTE 4 O que você consegue fazer

Você é Destro(a)? Canhoto(a)?

Seus problemas físicos ou mentais dificultam fazer alguma das atividades a seguir?

	Se sim, marque aqui	Se sim, explique abaixo.
<i>Vestir-se e tomar banho</i>	✓	<i>A dor no ombro dificulta erguer o braço acima da cabeça. Isso dificulta vestir roupa ou lavar o cabelo.</i>
<i>Fazer tarefas domésticas regulares</i>	✓	<i>Quando estou deprimido(a), não me importo se a casa está limpa.</i>
<i>Sentar-se</i>		
<i>Levantar-se</i>		
<i>Andar</i>		
<i>Abaixar</i>		
<i>Alcançar objetos</i>		
<i>Erguer</i>		
<i>Lembrar-se</i>		
<i>Ver</i>		
<i>Ouvir</i>		
<i>Usar as mãos</i>		
<i>Vestir-se e tomar banho</i>		
<i>Ouvir música</i>		
<i>Assistir à TV</i>		
<i>Usar o computador</i>		
<i>Ler</i>		
<i>Falar ao telefone</i>		
<i>Sair</i>		
<i>Fazer caminhada</i>		
<i>Fazer compras</i>		
<i>Ir ao médico</i>		
<i>Visitar amigos e familiares</i>		
<i>Ir à escola</i>		
<i>Lidar com dinheiro/caixa eletrônico</i>		
<i>Dirigir</i>		
<i>Pegar ônibus, trem ou táxi</i>		
<i>Praticar esportes</i>		
<i>Outras (descreva)</i>		

PARTE 5 Seu idioma

Você fala inglês? Sim Não Com limitações

Você entende inglês? Sim Não Com limitações

Você lê em inglês? Sim Não Com limitações

Você escreve em inglês? Sim Não Com limitações

Qual é o seu primeiro idioma? _____

Você sabe ler no seu primeiro idioma? Sim Não Com limitações

Você sabe escrever no seu primeiro idioma? Sim Não Com limitações

PARTE 6 Escolaridade

Assinale o nível mais alto de escolaridade que você concluiu.

Pré-escola 1º ano 2º 3º 4º 5º 6º 7º 8º Grau de *Associate*
 9º 10º 11º 12º GED (supletivo) Nível superior

Qual foi o ano de conclusão? _____ Que escola você frequentou? _____

Você repetiu algum ano? Sim Não

Você recebeu educação especial? Sim Não Não sei

Você frequentou a escola por mais de 12 anos? Sim Não

Se **sim**, informe o curso _____

Você fez algum outro curso? Sim Não

Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Tipo de curso	Ano	Concluiu	Certificado/licenciado
Área de construção		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Eletrônica		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Culinária		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Mecânica de automóveis		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Informática		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cabeleireiro		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Cosmetologia		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Auxiliar de enfermagem		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Secretariado		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Outros (descreva)		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

PARTE 7 Seu trabalho

Você está trabalhando? Sim Não

Se **não**, quando parou de trabalhar? Data ___ / ___ / _____

Alguns dos seus problemas físicos ou mentais causou problemas no trabalho? Sim Não

Se **sim**, explique.

Parte 7. Seu trabalho (continuação)

Liste todos os seus empregos nos últimos 15 anos. Faça o melhor que puder. Se não souber as datas exatas, coloque sua melhor estimativa. Comece pelo emprego atual ou pelo último. Use uma folha extra se precisar de mais espaço. Você pode anexar seu currículo, se tiver. Aqui está um exemplo.

Cargo <i>Empacotador</i>	Período: de (mês/ano) <i>março de 2012</i>	Até (mês/ano) <i>maio de 2012</i>
Responsabilidades (liste tudo o que você fazia.) <i>Colocava três bolas de golfe em uma caixa pequena. Embalava 24 caixas pequenas em um recipiente. Fechava a caixa com fita adesiva. Carregava caixas em uma plataforma.</i>		
Quantas horas você trabalhava por semana? <i>40</i>	Quanto ganhava por hora? <i>\$ 9.00/hora</i>	

Motivo de saída *Mudança*

Cargo	Período: de (mês/ano)	Até (mês/ano)
Responsabilidades (liste tudo o que você fazia.)		
Quantas horas você trabalhava por semana?	Quanto ganhava por hora?	

Motivo de saída

Cargo	Período: de (mês/ano)	Até (mês/ano)
Responsabilidades (liste tudo o que você fazia.)		
Quantas horas você trabalhava por semana?	Quanto ganhava por hora?	

Motivo de saída

Cargo	Período: de (mês/ano)	Até (mês/ano):
Responsabilidades (liste tudo o que você fazia.)		
Quantas horas você trabalhava por semana?	Quanto ganhava por hora?	

Motivo de saída

Assinale todas as atividades que você faz no trabalho. Se não trabalha, assinale tudo o que fazia no último emprego.

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Tarefas administrativas | <input type="checkbox"/> Uso de computador | <input type="checkbox"/> Montagem | <input type="checkbox"/> Operação de máquinas | <input type="checkbox"/> Arquivamento |
| <input type="checkbox"/> Atendimento de pessoas | <input type="checkbox"/> Contagem e embalagem | <input type="checkbox"/> Construção | <input type="checkbox"/> Uso do telefone | <input type="checkbox"/> Motorista de carro/caminhão |
| <input type="checkbox"/> Movimentação de itens | <input type="checkbox"/> Limpeza | <input type="checkbox"/> Uso de equipamentos de escritório | <input type="checkbox"/> Uso de registradora | <input type="checkbox"/> Operação de empilhadeira |
| <input type="checkbox"/> Uso de ferramentas elétricas | <input type="checkbox"/> Uso de ferramentas manuais | <input type="checkbox"/> Outro (descreva) _____ | | |

Circule o número de horas em cada atividade no trabalho. Se você não trabalha, circule o número de horas em cada atividade no último emprego.

Atividade	Horas por dia								
Andar ou ficar em pé	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Ficar sentado(a)	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Alcançar objetos	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Assinale o peso que você mais levanta ou carrega.

- Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb 100 lb Mais de 100 lb

Assinale o maior peso que você levanta.

- Menos de 10 lb 10 lb 20 lb 25 lb 50 lb 100 lb Mais de 100 lb

PARTE 8 Seus comentários

Use este espaço para escrever informações adicionais sobre por que você não pode trabalhar.

PARTE 9 Assinatura e direitos

ESTA PARTE DEVE SER PREENCHIDA.

Você tem direito à privacidade. As informações contidas neste formulário são confidenciais. Todas as precauções possíveis serão tomadas para garantir seus direitos de privacidade.

Assinatura do solicitante/responsável/representante autorizado _____

Data ____/____/____

Representante autorizado

Se este formulário estiver sendo preenchido por alguém com autoridade legal para agir em nome do(a) solicitante/membro (como pai/mãe de um filho adulto com deficiência ou cônjuge com deficiência, representante autorizado ou um responsável legal), forneça as seguintes informações.

Assinatura da pessoa que preencheu este formulário _____

Nome em letra de forma _____

Autoridade da pessoa que está preenchendo este formulário em nome do(a) solicitante/membro

O DES pode enviar cópias dos avisos ao representante autorizado. Esta parte não autoriza a divulgação de prontuários médicos. É possível escolher um representante autorizado para ajudar você com algumas ou todas as responsabilidades de pedir ou obter benefícios de saúde.

Você pode fazer isso preenchendo um formulário de Designação de representante autorizado MassHealth (ARD). Para solicitar um formulário ARD, ligue para o Atendimento ao cliente MassHealth pelo número (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala).

AJUDA COM ESTE FORMULÁRIO

Você precisou de ajuda para preencher este formulário? Sim Não

Se **sim**, por que precisou de ajuda?

LEMBRETE

Você se lembrou de:

- preencher um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas para cada prestador de serviços de saúde física ou mental listado na página 2?
- assinar todos os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas?
- assinar este Suplemento de Deficiência acima?
- incluir um formulário de Designação de representante autorizado (ARD) preenchido e assinado, se necessário?



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelo Serviço de Avaliação de Deficiências do MassHealth

SOLICITANTE:

Se você não preencher totalmente esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth não poderá determinar a deficiência. Você poderá perder seus benefícios do MassHealth ou eles poderão ser reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth permite obter informações de saúde confidenciais do seu prestador de serviços de saúde, para que o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth determine a deficiência.

Leia atentamente as instruções antes de preencher este formulário. Se você deixar alguma parte deste formulário em branco, esta autorização não será válida, e o prestador de serviços de saúde não poderá compartilhar informações com o MassHealth DES. Se o prestador de serviços de saúde não compartilhar essas informações com o MassHealth DES, não será possível determinar a deficiência.

Instruções gerais para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth

Você deverá seguir estas instruções ao preencher os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth. Os prestadores de serviços de saúde não enviarão essas informações ao MassHealth DES se você não preencher os formulários da maneira correta. Precisamos de cópias das suas informações de saúde protegidas para determinar a deficiência.

1. **Assine e date um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth** para cada médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro prestador de serviços de saúde que você listar na parte 2 do Suplemento de Deficiência.
2. Todos os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth **devem ser preenchidos com caneta preta ou azul e devem ser originais**. Cópias ou carimbos de assinaturas não serão aceitos. Formulários preenchidos e assinados a lápis não serão aceitos.
3. Deve haver apenas uma assinatura por linha.
4. Se este formulário for para um menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal deverá assinar.
5. Os responsáveis legais devem anexar uma cópia integral do documento que os autoriza a agir em nome do solicitante/membro.

Se precisar de ajuda para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth, ligue para o DES, pelo número (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas é um documento complementar ao pedido de benefícios públicos deste indivíduo. De acordo com o parágrafo 12CC do capítulo 112 das M.G.L., não deve haver cobrança pela divulgação dos registros solicitados. De acordo com o estatuto, a documentação deve ser criada em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, **autorizo o prestador de serviços de saúde a compartilhar minhas informações com o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth.**

Este formulário permitirá que os médicos compartilhem informações de saúde protegidas com o MassHealth (DES) para me qualificar para os serviços para pessoas com deficiência.

- Entendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente pelo DES. Nesse caso, podem não estar sujeitas a leis federais ou estaduais que protejam sua confidencialidade.
- Também entendo que certas informações de saúde têm proteções especiais para informações confidenciais. Essas informações de saúde incluem prontuários sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e transtornos psicológicos ou psiquiátricos. Essas informações são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem o meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. A parte 2 do título 42 do CFR não permite que um programa que ofereça diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde por ele criadas, recebidas ou adquiridas sobre mim sem a minha autorização.

PARTE 1: Informações do solicitante/membro no MassHealth

Nome

Data nasc. (mm/dd/aaaa)

Endereço

Cidade, estado, CEP

Telefone ()

PARTE 2: Informações do prestador de serviços de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro prestador de serviços de saúde

Endereço

Cidade, estado, CEP

Telefone ()

PARTE 3: Informações médicas confidenciais a serem compartilhadas com o DES

Autorizo a divulgação de todo o meu prontuário médico. Assinale SIM ou NÃO para CADA opção a seguir.

- Sim Não Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Não Informações sobre HIV, AIDS, infecções sexualmente transmissíveis
- Sim Não Testes genéticos. Consulte a seção 70G do capítulo 111 das M.G.L.
- Sim Não Informações sobre uso de substâncias
- Sim Não Outro (especifique): _____

Esta autorização é válida a partir de 12 meses antes da data de assinatura até o seu vencimento. Ela tem validade de 12 meses a partir da data de assinatura.

Assinatura do solicitante/membro ou representante legal

Data

Parentesco com o solicitante/membro ou permissão para agir em seu nome

Data

Anexe uma cópia integral do documento que concede a essa pessoa a permissão para agir em nome do solicitante/membro.

A menos que algo já tenha sido feito com base nesta autorização, ou durante um período de contestação sob a lei em vigor, posso revogá-la a qualquer momento, enviando um pedido por escrito para DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorização é válida por um ano a partir da data da assinatura.



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelo Serviço de Avaliação de Deficiências do MassHealth

SOLICITANTE:

Se você não preencher totalmente esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth não poderá determinar a deficiência. Você poderá perder seus benefícios do MassHealth ou eles poderão ser reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth permite obter informações de saúde confidenciais do seu prestador de serviços de saúde, para que o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth determine a deficiência.

Leia atentamente as instruções antes de preencher este formulário. Se você deixar alguma parte deste formulário em branco, esta autorização não será válida, e o prestador de serviços de saúde não poderá compartilhar informações com o MassHealth DES. Se o prestador de serviços de saúde não compartilhar essas informações com o MassHealth DES, não será possível determinar a deficiência.

Instruções gerais para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth

Você deverá seguir estas instruções ao preencher os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth. Os prestadores de serviços de saúde não enviarão essas informações ao MassHealth DES se você não preencher os formulários da maneira correta. Precisamos de cópias das suas informações de saúde protegidas para determinar a deficiência.

1. **Assine e date um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth** para cada médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro prestador de serviços de saúde que você listar na parte 2 do Suplemento de Deficiência.
2. Todos os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth **devem ser preenchidos com caneta preta ou azul e devem ser originais**. Cópias ou carimbos de assinaturas não serão aceitos. Formulários preenchidos e assinados a lápis não serão aceitos.
3. Deve haver apenas uma assinatura por linha.
4. Se este formulário for para um menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal deverá assinar.
5. Os responsáveis legais devem anexar uma cópia integral do documento que os autoriza a agir em nome do solicitante/membro.

Se precisar de ajuda para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth, ligue para o DES, pelo número (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas é um documento complementar ao pedido de benefícios públicos deste indivíduo. De acordo com o parágrafo 12CC do capítulo 112 das M.G.L., não deve haver cobrança pela divulgação dos registros solicitados. De acordo com o estatuto, a documentação deve ser criada em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, **autorizo o prestador de serviços de saúde a compartilhar minhas informações com o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth.**

Este formulário permitirá que os médicos compartilhem informações de saúde protegidas com o MassHealth (DES) para me qualificar para os serviços para pessoas com deficiência.

- Entendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente pelo DES. Nesse caso, podem não estar sujeitas a leis federais ou estaduais que protejam sua confidencialidade.
- Também entendo que certas informações de saúde têm proteções especiais para informações confidenciais. Essas informações de saúde incluem prontuários sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e transtornos psicológicos ou psiquiátricos. Essas informações são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem o meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. A parte 2 do título 42 do CFR não permite que um programa que ofereça diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde por ele criadas, recebidas ou adquiridas sobre mim sem a minha autorização.

PARTE 1: Informações do solicitante/membro no MassHealth

Nome	Data nasc. (mm/dd/aaaa)
Endereço	
Cidade, estado, CEP	
Telefone ()	

PARTE 2: Informações do prestador de serviços de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro prestador de serviços de saúde
Endereço
Cidade, estado, CEP
Telefone ()

PARTE 3: Informações médicas confidenciais a serem compartilhadas com o DES

Autorizo a divulgação de todo o meu prontuário médico. Assinale SIM ou NÃO para CADA opção a seguir.

- Sim Não Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Não Informações sobre HIV, AIDS, infecções sexualmente transmissíveis
- Sim Não Testes genéticos. Consulte a seção 70G do capítulo 111 das M.G.L.
- Sim Não Informações sobre uso de substâncias
- Sim Não Outro (especifique): _____

Esta autorização é válida a partir de 12 meses antes da data de assinatura até o seu vencimento. Ela tem validade de 12 meses a partir da data de assinatura.

Assinatura do solicitante/membro ou representante legal	Data
Parentesco com o solicitante/membro ou permissão para agir em seu nome	Data

Anexe uma cópia integral do documento que concede a essa pessoa a permissão para agir em nome do solicitante/membro.

A menos que algo já tenha sido feito com base nesta autorização, ou durante um período de contestação sob a lei em vigor, posso revogá-la a qualquer momento, enviando um pedido por escrito para DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorização é válida por um ano a partir da data da assinatura.



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelo Serviço de Avaliação de Deficiências do MassHealth

SOLICITANTE:

Se você não preencher totalmente esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth não poderá determinar a deficiência. Você poderá perder seus benefícios do MassHealth ou eles poderão ser reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth permite obter informações de saúde confidenciais do seu prestador de serviços de saúde, para que o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth determine a deficiência.

Leia atentamente as instruções antes de preencher este formulário. Se você deixar alguma parte deste formulário em branco, esta autorização não será válida, e o prestador de serviços de saúde não poderá compartilhar informações com o MassHealth DES. Se o prestador de serviços de saúde não compartilhar essas informações com o MassHealth DES, não será possível determinar a deficiência.

Instruções gerais para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth

Você deverá seguir estas instruções ao preencher os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth. Os prestadores de serviços de saúde não enviarão essas informações ao MassHealth DES se você não preencher os formulários da maneira correta. Precisamos de cópias das suas informações de saúde protegidas para determinar a deficiência.

1. **Assine e date um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth** para cada médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro prestador de serviços de saúde que você listar na parte 2 do Suplemento de Deficiência.
2. Todos os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth **devem ser preenchidos com caneta preta ou azul e devem ser originais**. Cópias ou carimbos de assinaturas não serão aceitos. Formulários preenchidos e assinados a lápis não serão aceitos.
3. Deve haver apenas uma assinatura por linha.
4. Se este formulário for para um menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal deverá assinar.
5. Os responsáveis legais devem anexar uma cópia integral do documento que os autoriza a agir em nome do solicitante/membro.

Se precisar de ajuda para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth, ligue para o DES, pelo número (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas é um documento complementar ao pedido de benefícios públicos deste indivíduo. De acordo com o parágrafo 12CC do capítulo 112 das M.G.L., não deve haver cobrança pela divulgação dos registros solicitados. De acordo com o estatuto, a documentação deve ser criada em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, **autorizo o prestador de serviços de saúde a compartilhar minhas informações com o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth.**

Este formulário permitirá que os médicos compartilhem informações de saúde protegidas com o MassHealth (DES) para me qualificar para os serviços para pessoas com deficiência.

- Entendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente pelo DES. Nesse caso, podem não estar sujeitas a leis federais ou estaduais que protejam sua confidencialidade.
- Também entendo que certas informações de saúde têm proteções especiais para informações confidenciais. Essas informações de saúde incluem prontuários sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e transtornos psicológicos ou psiquiátricos. Essas informações são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem o meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. A parte 2 do título 42 do CFR não permite que um programa que ofereça diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde por ele criadas, recebidas ou adquiridas sobre mim sem a minha autorização.

PARTE 1: Informações do solicitante/membro no MassHealth

Nome	Data nasc. (mm/dd/aaaa)
Endereço	
Cidade, estado, CEP	
Telefone ()	

PARTE 2: Informações do prestador de serviços de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro prestador de serviços de saúde
Endereço
Cidade, estado, CEP
Telefone ()

PARTE 3: Informações médicas confidenciais a serem compartilhadas com o DES

Autorizo a divulgação de todo o meu prontuário médico. Assinale SIM ou NÃO para CADA opção a seguir.

- Sim Não Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Não Informações sobre HIV, AIDS, infecções sexualmente transmissíveis
- Sim Não Testes genéticos. Consulte a seção 70G do capítulo 111 das M.G.L.
- Sim Não Informações sobre uso de substâncias
- Sim Não Outro (especifique): _____

Esta autorização é válida a partir de 12 meses antes da data de assinatura até o seu vencimento. Ela tem validade de 12 meses a partir da data de assinatura.

Assinatura do solicitante/membro ou representante legal	Data
Parentesco com o solicitante/membro ou permissão para agir em seu nome	Data

Anexe uma cópia integral do documento que concede a essa pessoa a permissão para agir em nome do solicitante/membro.

A menos que algo já tenha sido feito com base nesta autorização, ou durante um período de contestação sob a lei em vigor, posso revogá-la a qualquer momento, enviando um pedido por escrito para DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorização é válida por um ano a partir da data da assinatura.



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelo Serviço de Avaliação de Deficiências do MassHealth

SOLICITANTE:

Se você não preencher totalmente esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth não poderá determinar a deficiência. Você poderá perder seus benefícios do MassHealth ou eles poderão ser reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth permite obter informações de saúde confidenciais do seu prestador de serviços de saúde, para que o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth determine a deficiência.

Leia atentamente as instruções antes de preencher este formulário. Se você deixar alguma parte deste formulário em branco, esta autorização não será válida, e o prestador de serviços de saúde não poderá compartilhar informações com o MassHealth DES. Se o prestador de serviços de saúde não compartilhar essas informações com o MassHealth DES, não será possível determinar a deficiência.

Instruções gerais para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth

Você deverá seguir estas instruções ao preencher os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth. Os prestadores de serviços de saúde não enviarão essas informações ao MassHealth DES se você não preencher os formulários da maneira correta. Precisamos de cópias das suas informações de saúde protegidas para determinar a deficiência.

1. **Assine e date um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth** para cada médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro prestador de serviços de saúde que você listar na parte 2 do Suplemento de Deficiência.
2. Todos os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth **devem ser preenchidos com caneta preta ou azul e devem ser originais**. Cópias ou carimbos de assinaturas não serão aceitos. Formulários preenchidos e assinados a lápis não serão aceitos.
3. Deve haver apenas uma assinatura por linha.
4. Se este formulário for para um menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal deverá assinar.
5. Os responsáveis legais devem anexar uma cópia integral do documento que os autoriza a agir em nome do solicitante/membro.

Se precisar de ajuda para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth, ligue para o DES, pelo número (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas é um documento complementar ao pedido de benefícios públicos deste indivíduo. De acordo com o parágrafo 12CC do capítulo 112 das M.G.L., não deve haver cobrança pela divulgação dos registros solicitados. De acordo com o estatuto, a documentação deve ser criada em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, **autorizo o prestador de serviços de saúde a compartilhar minhas informações com o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth.**

Este formulário permitirá que os médicos compartilhem informações de saúde protegidas com o MassHealth (DES) para me qualificar para os serviços para pessoas com deficiência.

- Entendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente pelo DES. Nesse caso, podem não estar sujeitas a leis federais ou estaduais que protejam sua confidencialidade.
- Também entendo que certas informações de saúde têm proteções especiais para informações confidenciais. Essas informações de saúde incluem prontuários sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e transtornos psicológicos ou psiquiátricos. Essas informações são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem o meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. A parte 2 do título 42 do CFR não permite que um programa que ofereça diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde por ele criadas, recebidas ou adquiridas sobre mim sem a minha autorização.

PARTE 1: Informações do solicitante/membro no MassHealth

Nome

Data nasc. (mm/dd/aaaa)

Endereço

Cidade, estado, CEP

Telefone ()

PARTE 2: Informações do prestador de serviços de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro prestador de serviços de saúde

Endereço

Cidade, estado, CEP

Telefone ()

PARTE 3: Informações médicas confidenciais a serem compartilhadas com o DES

Autorizo a divulgação de todo o meu prontuário médico. Assinale SIM ou NÃO para CADA opção a seguir.

- Sim Não Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Não Informações sobre HIV, AIDS, infecções sexualmente transmissíveis
- Sim Não Testes genéticos. Consulte a seção 70G do capítulo 111 das M.G.L.
- Sim Não Informações sobre uso de substâncias
- Sim Não Outro (especifique): _____

Esta autorização é válida a partir de 12 meses antes da data de assinatura até o seu vencimento. Ela tem validade de 12 meses a partir da data de assinatura.

Assinatura do solicitante/membro ou representante legal

Data

Parentesco com o solicitante/membro ou permissão para agir em seu nome

Data

Anexe uma cópia integral do documento que concede a essa pessoa a permissão para agir em nome do solicitante/membro.

A menos que algo já tenha sido feito com base nesta autorização, ou durante um período de contestação sob a lei em vigor, posso revogá-la a qualquer momento, enviando um pedido por escrito para DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorização é válida por um ano a partir da data da assinatura.



AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta é a única versão aceita pelo Serviço de Avaliação de Deficiências do MassHealth

SOLICITANTE:

Se você não preencher totalmente esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth não poderá determinar a deficiência. Você poderá perder seus benefícios do MassHealth ou eles poderão ser reduzidos.

Instruções

Esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth permite obter informações de saúde confidenciais do seu prestador de serviços de saúde, para que o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth determine a deficiência.

Leia atentamente as instruções antes de preencher este formulário. Se você deixar alguma parte deste formulário em branco, esta autorização não será válida, e o prestador de serviços de saúde não poderá compartilhar informações com o MassHealth DES. Se o prestador de serviços de saúde não compartilhar essas informações com o MassHealth DES, não será possível determinar a deficiência.

Instruções gerais para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth

Você deverá seguir estas instruções ao preencher os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth. Os prestadores de serviços de saúde não enviarão essas informações ao MassHealth DES se você não preencher os formulários da maneira correta. Precisamos de cópias das suas informações de saúde protegidas para determinar a deficiência.

1. **Assine e date um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth** para cada médico, hospital, centro de saúde, clínica ou outro prestador de serviços de saúde que você listar na parte 2 do Suplemento de Deficiência.
2. Todos os formulários de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth **devem ser preenchidos com caneta preta ou azul e devem ser originais**. Cópias ou carimbos de assinaturas não serão aceitos. Formulários preenchidos e assinados a lápis não serão aceitos.
3. Deve haver apenas uma assinatura por linha.
4. Se este formulário for para um menor de 18 anos, um dos pais ou responsável legal deverá assinar.
5. Os responsáveis legais devem anexar uma cópia integral do documento que os autoriza a agir em nome do solicitante/membro.

Se precisar de ajuda para preencher a Autorização para divulgar informações de saúde protegidas ao MassHealth, ligue para o DES, pelo número (800) 888-3420.

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAR INFORMAÇÕES DE SAÚDE PROTEGIDAS

Esta solicitação de informações de saúde protegidas é um documento complementar ao pedido de benefícios públicos deste indivíduo. De acordo com o parágrafo 12CC do capítulo 112 das M.G.L., não deve haver cobrança pela divulgação dos registros solicitados. De acordo com o estatuto, a documentação deve ser criada em até 30 dias.

Ao preencher e assinar esta Autorização para divulgar informações de saúde protegidas, **autorizo o prestador de serviços de saúde a compartilhar minhas informações com o Serviço de Avaliação de Deficiências (DES) do MassHealth.**

Este formulário permitirá que os médicos compartilhem informações de saúde protegidas com o MassHealth (DES) para me qualificar para os serviços para pessoas com deficiência.

- Entendo que algumas informações usadas ou compartilhadas como parte desta autorização podem ser compartilhadas novamente pelo DES. Nesse caso, podem não estar sujeitas a leis federais ou estaduais que protejam sua confidencialidade.
- Também entendo que certas informações de saúde têm proteções especiais para informações confidenciais. Essas informações de saúde incluem prontuários sobre infecção por HIV, AIDS, testes genéticos e transtornos psicológicos ou psiquiátricos. Essas informações são protegidas por leis estaduais e federais e não podem ser compartilhadas sem o meu consentimento por escrito, a menos que permitido por lei. A parte 2 do título 42 do CFR não permite que um programa que ofereça diagnóstico, tratamento ou encaminhamento para tratamento de transtorno por uso de substâncias compartilhe informações de saúde por ele criadas, recebidas ou adquiridas sobre mim sem a minha autorização.

PARTE 1: Informações do solicitante/membro no MassHealth

Nome

Data nasc. (mm/dd/aaaa)

Endereço

Cidade, estado, CEP

Telefone ()

PARTE 2: Informações do prestador de serviços de saúde

Nome do médico, centro de saúde ou outro prestador de serviços de saúde

Endereço

Cidade, estado, CEP

Telefone ()

PARTE 3: Informações médicas confidenciais a serem compartilhadas com o DES

Autorizo a divulgação de todo o meu prontuário médico. Assinale SIM ou NÃO para CADA opção a seguir.

- Sim Não Informações de saúde mental ou psiquiátrica
- Sim Não Informações sobre HIV, AIDS, infecções sexualmente transmissíveis
- Sim Não Testes genéticos. Consulte a seção 70G do capítulo 111 das M.G.L.
- Sim Não Informações sobre uso de substâncias
- Sim Não Outro (especifique): _____

Esta autorização é válida a partir de 12 meses antes da data de assinatura até o seu vencimento. Ela tem validade de 12 meses a partir da data de assinatura.

Assinatura do solicitante/membro ou representante legal

Data

Parentesco com o solicitante/membro ou permissão para agir em seu nome

Data

Anexe uma cópia integral do documento que concede a essa pessoa a permissão para agir em nome do solicitante/membro.

A menos que algo já tenha sido feito com base nesta autorização, ou durante um período de contestação sob a lei em vigor, posso revogá-la a qualquer momento, enviando um pedido por escrito para DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorização é válida por um ano a partir da data da assinatura.