

# Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth



Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

## Instrucciones para completar el suplemento

Usted ha indicado en su solicitud de MassHealth que tiene una discapacidad. Las normas para discapacidad exigen que la discapacidad haya durado por lo menos 12 meses o se espera que dure ese tiempo. Los Servicios de evaluación de discapacidad de UMass (Disability Evaluation Service - DES, por sus siglas en inglés) revisarán su solicitud de discapacidad para MassHealth. Es muy importante que usted complete este Suplemento de discapacidad.

Para obtener MassHealth en base a su discapacidad, usted debe darnos información sobre

- sus proveedores de servicios médicos y de salud mental. Estos pueden incluir médicos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas de los cuales usted reciba o haya recibido tratamiento; y
- usted: su historia laboral en los últimos 15 años, su nivel de estudios y sus actividades diarias.

**Al completar el Suplemento de discapacidad, usted nos dará esta información y así podremos tomar una decisión rápida.**

Por favor, lea las siguientes instrucciones antes de empezar.

- Complete el suplemento lo mejor que pueda, con letra de imprenta o escriba con claridad.
- Firme y escriba la fecha en la *Autorización para divulgar información de salud protegida* para cada uno de los proveedores de servicios médicos y de salud mental que haya enumerado en el suplemento.
- Después de haber completado el suplemento, envíelo a  
Disability Evaluation Services/UMASS Medical DES  
P.O. Box 2796  
Worcester, MA 01613-2796

El DES solicitará sus archivos médicos e información sobre su tratamiento a los proveedores que usted haya nombrado. Si usted tiene en su poder alguno de sus archivos médicos, por favor envíe una copia con este formulario. Si se llegara a necesitar más información o exámenes, un miembro del DES se comunicará con usted. Su elegibilidad se determinará más rápidamente si todas las secciones del suplemento están completas.

**Esto no es una solicitud para beneficios médicos. Si usted aún no ha llenado una solicitud de MassHealth, debe llenarla adicionalmente a este formulario. Si tiene preguntas sobre cómo hacer su solicitud, por favor llame al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).**

**Si necesita ayuda para llenar este formulario, puede llamar a la Línea directa de ayuda de los Servicios de Evaluación de Discapacidad de UMass (DES), al (888) 497-9890. Llene todas las secciones de este formulario. Si no lo hace, es posible que no podamos determinar si usted está discapacitado.**

**Información sobre usted**  Masculino  Femenino

Apellido Nombre Inicial			Número de seguro social		
Dirección				Número de departamento/suite	
Ciudad/pueblo		Estado	Código postal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	
Número telefónico de la casa		Número de teléfono celular		Número telefónico del trabajo/otro número	

Es posible que tengamos que hacerle una cita con el médico. ¿Cuáles son los horarios más convenientes para que usted vaya a una cita?

Por favor marque todos los horarios que sean mejores para usted.

- Cualquier hora/día  Lunes a.m.  Martes a.m.  Miércoles a.m.  Jueves a.m.  Viernes a.m.  
 Lunes p.m.  Martes p.m.  Miércoles p.m.  Jueves p.m.  Viernes p.m.

¿Solicitó beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI?  yes  no

Si respondió **sí**, ¿fue a ver a un médico para que le hiciera un examen?

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Fecha del examen \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## PARTE 1 Sus problemas de salud

Enumere y describa todos sus problemas médicos y de salud mental. Si está recibiendo tratamiento para el problema, por favor díganos qué tipo de tratamiento.

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.	Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.	Fecha en que empezó el problema.	Medicamentos/tratamiento
<i>Depresión</i>	<i>Siempre estoy cansado/a. Me cuesta trabajo levantarme en las mañanas. Lloro mucho durante el día. No puedo controlar mi llanto.</i>	<i>Abril 2010</i>	<i>Ninguno</i>
<i>Dolor de espalda</i>	<i>El dolor empieza en la parte baja de la espalda y me baja por la pierna.</i>	<i>Junio 2007</i>	<i>Skelexin</i>

¿Alguno de sus problemas de salud empezó debido a un accidente o lesión?  sí  no

Si respondió **sí**, por favor explique brevemente.

## PARTE 2 Información sobre todos sus proveedores de servicios médicos y de salud mental

El año pasado, ¿recibió atención médica?  sí  no

Si respondió **sí**, por favor enumere todos los proveedores de servicios médicos y de servicios de salud mental que le hayan dado tratamiento a cualquiera de sus problemas de salud desde que éstos empezaron. Los proveedores de servicios médicos y de salud mental pueden incluir médicos, sicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas que le dan tratamiento. Si le hace falta espacio, puede escribir en una hoja aparte.

Si recibe tratamiento de un solo centro de servicios, escriba solamente ese centro.

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental	Razón de la consulta	¿Fue esta consulta en el último año?
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Por favor llene una **Autorización para divulgar información de salud protegida** por cada uno de los proveedores de servicios médicos y de salud mental de esta lista. Asegúrese de firmar y escribir la fecha en cada formulario. Estos formularios de autorización para divulgar información se encuentran al final de este paquete. Si necesita más copias de la **Autorización para divulgar información de salud protegida**, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o descargue el formulario en [www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms](http://www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms).

## PARTE 3 Su lugar de vivienda

¿En dónde vive? (Marque una respuesta.)  Casa o departamento  Casa grupal  Instalaciones del estado  
 Centro de enfermería  Hospital de rehabilitación  Sin hogar  Otro (describa) \_\_\_\_\_

## PARTE 4 Lo que usted puede hacer

¿Es usted  diestro/derecho?  zurdo/izquierdo?

¿Sus problemas médicos o de salud mental le dan dificultades para realizar cualquiera de las siguientes actividades?

	Si respondió sí, marque aquí	Si respondió sí, por favor explique a continuación.
Vestirse y bañarse	✓	<i>El dolor en mi hombro no me deja levantar el brazo por encima de la cabeza. Por eso me cuesta trabajo ponerme la camisa o lavarme el cabello.</i>
Trabajo doméstico regular	✓	<i>Cuando estoy deprimido/a, no me importa si mi casa está limpia.</i>
Sentarse		
Estar de pie		
Caminar		
Agacharse		
Estirarse para alcanzar algo		
Levantar cosas		
Recordar		
Ver		
Oír		
Usar las manos		
Vestirse y bañarse		
Trabajo doméstico regular		
Escuchar música		
Mirar televisión		
Usar la computadora		
Leer		
Hablar por teléfono		
Salir de la casa		
Dar un paseo		
Ir de compras		
Ir al médico		
Visitar a familiares y amigos		
Ir a la escuela		
Manejar dinero/usar el cajero automático (ATM)		
Conducir un auto		
Tomar el autobús, el tren o un taxi		
Hacer deporte		
Otro (describa)		

## PARTE 5 Su idioma

- ¿Habla inglés?  sí  no  limitado
- ¿Entiende inglés?  sí  no  limitado
- ¿Lee inglés?  sí  no  limitado
- ¿Escribe inglés?  sí  no  limitado
- ¿Cuál es su primer idioma? \_\_\_\_\_
- ¿Puede leer en su primer idioma?  sí  no  limitado
- ¿Puede escribir en su primer idioma?  sí  no  limitado

## PARTE 6 Escuela/Educación

Marque el grado escolar más alto que haya terminado.

- K  1  2  3  4  5  6  7  8  Título de asociado  
 9  10  11  12  GED  Título de licenciatura

¿En qué año terminó este grado? \_\_\_\_\_ ¿Dónde estudió? \_\_\_\_\_

- ¿Repitió algún grado?  sí  no
- ¿Estuvo en educación especial?  sí  no  no estoy seguro
- ¿Terminó más de 12 años de escuela?  sí  no

Si respondió **sí**, por favor escriba su grado y concentración (major) \_\_\_\_\_

¿Recibió alguna otra capacitación?  sí  no

Si respondió **sí**, por favor llene las secciones a continuación.

Tipo de capacitación	Año	¿Terminó?	¿Certificación/Licencia?
Oficios relacionados con la construcción		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Electrónica		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Cocina		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Mecánica automotriz		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Computadoras		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Peluquería		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Cosmetología		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Auxiliar de enfermería		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Secretariado		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Otro (describa)		<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

## PARTE 7 Su trabajo

- ¿Trabaja actualmente?  sí  no
- Si respondió **no**, ¿cuándo dejó de trabajar? Fecha \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_
- ¿Alguna de sus condiciones físicas o de salud mental le causó problemas en el trabajo?  sí  no
- Si respondió **sí**, explique.
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Parte 7. Su trabajo (continuación)

Enumere todos los trabajos que haya tenido en los últimos 15 años lo mejor que pueda. Si no sabe las fechas exactas, escriba la que se acerque más. Empiece con el trabajo que tiene ahora o con su último trabajo. Si necesita más espacio, puede usar una hoja adicional; también puede adjuntar su hoja de vida (resume) si la tiene.

Aquí tiene una muestra

Nombre del puesto <i>Empacador</i>	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año) <i>Marzo 2012</i>	Hasta (Mes/Año) <i>Mayo 2012</i>
------------------------------------	--	----------------------------------

Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.) *Ponía tres pelotas de golf en una caja pequeña. Empacaba 24 cajas pequeñas en un cajón. Sellaba el cajón con cinta para embalar. Ponía los cajones llenos en una plataforma.*

¿Cuántas horas a la semana trabajaba? <i>40</i>	¿Cuánto le pagaban por hora? <i>\$9.00/hora</i>
---	---

Razón para dejar este trabajo *Me mudé*

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año)	Hasta (Mes/Año)
-------------------	--	-----------------

Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)

¿Cuántas horas a la semana trabajaba?	¿Cuánto le pagaban por hora?
---------------------------------------	------------------------------

Razón para dejar este trabajo

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año)	Hasta (Mes/Año)
-------------------	--	-----------------

Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)

¿Cuántas horas a la semana trabajaba?	¿Cuánto le pagaban por hora?
---------------------------------------	------------------------------

Razón para dejar este trabajo

Nombre del puesto	Fechas en que trabajó ahí: Desde (Mes/Año)	Hasta (Mes/Año)
-------------------	--	-----------------

Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)

¿Cuántas horas a la semana trabajaba?	¿Cuánto le pagaban por hora?
---------------------------------------	------------------------------

Razón para dejar este trabajo

Marque cada una de las cosas que hace en su trabajo. Si no trabaja, marque las cosas que hizo en su último trabajo.

- |   |  |   |   |                                      |  |
|---|--|---|---|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Hacer trámites             | <input type="checkbox"/> Usar la computadora             | <input type="checkbox"/> Ensamblaje             | <input type="checkbox"/> Manejar máquinas             | <input type="checkbox"/> Archivar    | <input type="checkbox"/> Servir a personas |
| <input type="checkbox"/> Contar y empacar           | <input type="checkbox"/> Construcción                    | <input type="checkbox"/> Usar el teléfono       | <input type="checkbox"/> Conducir auto o camión       | <input type="checkbox"/> Mover cosas | <input type="checkbox"/> Limpiar           |
| <input type="checkbox"/> Usar máquinas de oficina   | <input type="checkbox"/> Usar caja registradora          | <input type="checkbox"/> Manejar un montacargas | <input type="checkbox"/> Usar herramientas eléctricas |                                      |  |
| <input type="checkbox"/> Usar herramientas manuales | <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa) _____ |   |   |                                      |  |

Encierre en un círculo el número de horas en que hace cada actividad en su trabajo. Si no trabaja, encierre en un círculo el número de horas en que hizo cada actividad en su último trabajo.

Actividad	Horas en un día								
Caminar o estar de pie	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estar sentado	0	1	2	3	4	5	6	7	8
Estirarse para alcanzar algo	0	1	2	3	4	5	6	7	8

Marque el peso que levanta o carga con más frecuencia

- Menos de 10 libras  10 libras  20 libras  25 libras  50 libras  100 libras  Más de 100 libras

Marque el máximo peso que levanta

- Menos de 10 libras  10 libras  20 libras  25 libras  50 libras  100 libras  Más de 100 libras

## PARTE 8 Sus comentarios

Use este espacio para escribir cualquier información adicional acerca de por qué usted no puede trabajar.

## PARTE 9 Su firma y sus derechos

### ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE.

Usted tiene derecho a la privacidad. La información en este formulario es confidencial. Se tomarán todas las precauciones posibles para asegurar sus derechos a la privacidad.

Firma del solicitante/tutor/representante autorizado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### Representante autorizado

Si este formulario está siendo completado por alguien con la autoridad legal para proceder a nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un hijo adulto con discapacidad o cónyuge, un representante autorizado o un tutor legal), sírvase proporcionarnos la siguiente información.

Firma de la persona que llenó este formulario \_\_\_\_\_

Escriba el nombre con letra de imprenta \_\_\_\_\_

Autoridad de la persona que llenó este formulario a nombre del solicitante/afiliado \_\_\_\_\_

Es posible que el DES le envíe copias de avisos al representante autorizado. Esta área no autoriza la divulgación de expedientes médicos.

Usted puede escoger a un representante autorizado para que le ayude con algunas o todas las responsabilidades de solicitar o recibir beneficios médicos.

Usted puede hacer esto al llenar un *Formulario de designación de representante autorizado* de MassHealth (ARD, por sus siglas en inglés). Si desea solicitar el formulario ARD, llame al Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

### AYUDA CON ESTE FORMULARIO

¿Necesitó ayuda para llenar este formulario?  sí  no

Si respondió **sí**, ¿por qué necesitó ayuda? \_\_\_\_\_

### RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

- completar una *Autorización para divulgar información de salud protegida* para cada uno de los proveedores de servicios médicos o de salud mental enumerados en la página 2?
- firmar todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida*?
- firmar el suplemento de discapacidad anterior?
- incluir un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) completado y firmado si es necesario?



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Esta es la única autorización que aceptan los Servicios de Evaluación de Discapacidad de MassHealth**

## SOLICITANTE:

Si usted no completa la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* en su totalidad, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth no podrán tomar una determinación respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o podrían ser reducidos.

## Instrucciones

---

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud confidencial de su proveedor de servicios de salud para que los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Por favor lea atentamente las instrucciones antes de completar este formulario. Si usted deja secciones en blanco en este formulario, este consentimiento no tendrá validez, y el proveedor de servicios de salud no podrá compartir su información con los DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios de salud no comparte su información de salud protegida con los DES de MassHealth, no podremos tomar una determinación respecto a una discapacidad.

### Instrucciones generales para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth

Usted debe seguir todas las instrucciones al completar los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth. Los proveedores de servicios de salud no le enviarán la información de salud protegida a los DES de MassHealth si usted no completa los formularios inmediatamente. Necesitamos las copias de su información de salud protegida para tomar una determinación respecto a una discapacidad.

1. Firme y escriba la fecha en un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth aparte para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en la Parte 2 del Suplemento de discapacidad.
2. Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz.
3. Puede haber una sola firma en la línea.
4. Si este formulario es para un niño menor de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe firmar por dicho niño.
5. Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del documento que les autorice a actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

Si usted necesita asistencia para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth, llame al representante de los DES al (800) 888-3420.

---

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta solicitud de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a M.G.L.c.112 § 12CC, no se debe cobrar por la divulgación de los expedientes que sean solicitados. Según los estatutos, los expedientes deben ser provistos dentro de los 30 días.

Al completar y firmar la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida*, yo autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth. Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con MassHealth (DES) para determinar si soy elegible para recibir servicios por discapacidad.

- Entiendo que parte de la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser revelada por los DES, y que de ser así, podría no estar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información de salud posee protecciones especiales por ser información confidencial. Dicha información de salud incluye los expedientes sobre la infección por VIH, SIDA, las pruebas genéticas y los trastornos psicológicos o psiquiátricos. La presente información de salud está protegida por leyes estatales y federales y no puede ser compartida sin mi consentimiento expreso por escrito a no ser que la ley permita lo contrario. El 42 CFR parte 2 no permite que un programa, que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, comparta sin mi autorización la información sobre mi salud que haya creado, recibido u obtenido.

## SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante o afiliado de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Calle	
Ciudad, estado, código postal	
Número de teléfono ( )	

## SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otros proveedores de servicios de salud
Calle
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono ( )

## SECCIÓN 3: Información confidencial de salud a compartir con DES

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos completos. Marque Sí o NO para CADA UNA de las siguientes opciones.

- Sí  No Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí  No Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Sí  No Pruebas genéticas. Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí  No Información sobre uso de sustancias
- Sí  No Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

La presente autorización es válida desde los 12 meses anteriores a la fecha de la firma hasta su vencimiento. Esta autorización vence a los 12 meses desde la fecha de la firma.

Firma del solicitante, afiliado o representante legal autorizado	Fecha
--	-------

Relación con el solicitante o afiliado, o autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado	Fecha
---	-------

Por favor adjunte una copia completa del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

A menos que se haya actuado al amparo del mismo, o durante el período de impugnación según las leyes pertinentes, yo entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorización vence en un (1) año desde la fecha de la firma.





# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Esta es la única autorización que aceptan los Servicios de Evaluación de Discapacidad de MassHealth**

## SOLICITANTE:

Si usted no completa la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* en su totalidad, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth no podrán tomar una determinación respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o podrían ser reducidos.

## Instrucciones

---

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud confidencial de su proveedor de servicios de salud para que los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Por favor lea atentamente las instrucciones antes de completar este formulario. Si usted deja secciones en blanco en este formulario, este consentimiento no tendrá validez, y el proveedor de servicios de salud no podrá compartir su información con los DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios de salud no comparte su información de salud protegida con los DES de MassHealth, no podremos tomar una determinación respecto a una discapacidad.

### Instrucciones generales para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth

Usted debe seguir todas las instrucciones al completar los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth. Los proveedores de servicios de salud no le enviarán la información de salud protegida a los DES de MassHealth si usted no completa los formularios inmediatamente. Necesitamos las copias de su información de salud protegida para tomar una determinación respecto a una discapacidad.

1. Firme y escriba la fecha en un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth aparte para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en la Parte 2 del Suplemento de discapacidad.
2. Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz.
3. Puede haber una sola firma en la línea.
4. Si este formulario es para un niño menor de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe firmar por dicho niño.
5. Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del documento que les autorice a actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

Si usted necesita asistencia para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth, llame al representante de los DES al (800) 888-3420.

---

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta solicitud de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a M.G.L.c.112 § 12CC, no se debe cobrar por la divulgación de los expedientes que sean solicitados. Según los estatutos, los expedientes deben ser provistos dentro de los 30 días.

Al completar y firmar la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida*, yo autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth. Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con MassHealth (DES) para determinar si soy elegible para recibir servicios por discapacidad.

- Entiendo que parte de la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser revelada por los DES, y que de ser así, podría no estar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información de salud posee protecciones especiales por ser información confidencial. Dicha información de salud incluye los expedientes sobre la infección por VIH, SIDA, las pruebas genéticas y los trastornos psicológicos o psiquiátricos. La presente información de salud está protegida por leyes estatales y federales y no puede ser compartida sin mi consentimiento expreso por escrito a no ser que la ley permita lo contrario. El 42 CFR parte 2 no permite que un programa, que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, comparta sin mi autorización la información sobre mi salud que haya creado, recibido u obtenido.

## SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante o afiliado de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Calle	
Ciudad, estado, código postal	
Número de teléfono ( )	

## SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otros proveedores de servicios de salud
Calle
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono ( )

## SECCIÓN 3: Información confidencial de salud a compartir con DES

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos completos. Marque Sí o NO para CADA UNA de las siguientes opciones.

- Sí  No Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí  No Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Sí  No Pruebas genéticas. Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí  No Información sobre uso de sustancias
- Sí  No Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

La presente autorización es válida desde los 12 meses anteriores a la fecha de la firma hasta su vencimiento. Esta autorización vence a los 12 meses desde la fecha de la firma.

Firma del solicitante, afiliado o representante legal autorizado	Fecha
--	-------

Relación con el solicitante o afiliado, o autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado	Fecha
---	-------

Por favor adjunte una copia completa del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

A menos que se haya actuado al amparo del mismo, o durante el período de impugnación según las leyes pertinentes, yo entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorización vence en un (1) año desde la fecha de la firma.



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Esta es la única autorización que aceptan los Servicios de Evaluación de Discapacidad de MassHealth**

## SOLICITANTE:

Si usted no completa la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* en su totalidad, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth no podrán tomar una determinación respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o podrían ser reducidos.

## Instrucciones

---

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud confidencial de su proveedor de servicios de salud para que los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Por favor lea atentamente las instrucciones antes de completar este formulario. Si usted deja secciones en blanco en este formulario, este consentimiento no tendrá validez, y el proveedor de servicios de salud no podrá compartir su información con los DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios de salud no comparte su información de salud protegida con los DES de MassHealth, no podremos tomar una determinación respecto a una discapacidad.

### Instrucciones generales para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth

Usted debe seguir todas las instrucciones al completar los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth. Los proveedores de servicios de salud no le enviarán la información de salud protegida a los DES de MassHealth si usted no completa los formularios inmediatamente. Necesitamos las copias de su información de salud protegida para tomar una determinación respecto a una discapacidad.

1. Firme y escriba la fecha en un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth aparte para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en la Parte 2 del Suplemento de discapacidad.
2. Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz.
3. Puede haber una sola firma en la línea.
4. Si este formulario es para un niño menor de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe firmar por dicho niño.
5. Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del documento que les autorice a actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

Si usted necesita asistencia para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth, llame al representante de los DES al (800) 888-3420.

---

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta solicitud de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a M.G.L.c.112 § 12CC, no se debe cobrar por la divulgación de los expedientes que sean solicitados. Según los estatutos, los expedientes deben ser provistos dentro de los 30 días.

Al completar y firmar la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida*, yo autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth. Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con MassHealth (DES) para determinar si soy elegible para recibir servicios por discapacidad.

- Entiendo que parte de la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser revelada por los DES, y que de ser así, podría no estar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información de salud posee protecciones especiales por ser información confidencial. Dicha información de salud incluye los expedientes sobre la infección por VIH, SIDA, las pruebas genéticas y los trastornos psicológicos o psiquiátricos. La presente información de salud está protegida por leyes estatales y federales y no puede ser compartida sin mi consentimiento expreso por escrito a no ser que la ley permita lo contrario. El 42 CFR parte 2 no permite que un programa, que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, comparta sin mi autorización la información sobre mi salud que haya creado, recibido u obtenido.

## SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante o afiliado de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Calle	
Ciudad, estado, código postal	
Número de teléfono ( )	

## SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otros proveedores de servicios de salud
Calle
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono ( )

## SECCIÓN 3: Información confidencial de salud a compartir con DES

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos completos. Marque Sí o NO para CADA UNA de las siguientes opciones.

- Sí  No Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí  No Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Sí  No Pruebas genéticas. Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí  No Información sobre uso de sustancias
- Sí  No Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

La presente autorización es válida desde los 12 meses anteriores a la fecha de la firma hasta su vencimiento. Esta autorización vence a los 12 meses desde la fecha de la firma.

Firma del solicitante, afiliado o representante legal autorizado	Fecha
--	-------

Relación con el solicitante o afiliado, o autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado	Fecha
---	-------

Por favor adjunte una copia completa del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

A menos que se haya actuado al amparo del mismo, o durante el período de impugnación según las leyes pertinentes, yo entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorización vence en un (1) año desde la fecha de la firma.



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Esta es la única autorización que aceptan los Servicios de Evaluación de Discapacidad de MassHealth**

## SOLICITANTE:

Si usted no completa la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* en su totalidad, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth no podrán tomar una determinación respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o podrían ser reducidos.

## Instrucciones

---

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud confidencial de su proveedor de servicios de salud para que los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Por favor lea atentamente las instrucciones antes de completar este formulario. Si usted deja secciones en blanco en este formulario, este consentimiento no tendrá validez, y el proveedor de servicios de salud no podrá compartir su información con los DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios de salud no comparte su información de salud protegida con los DES de MassHealth, no podremos tomar una determinación respecto a una discapacidad.

### Instrucciones generales para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth

Usted debe seguir todas las instrucciones al completar los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth. Los proveedores de servicios de salud no le enviarán la información de salud protegida a los DES de MassHealth si usted no completa los formularios inmediatamente. Necesitamos las copias de su información de salud protegida para tomar una determinación respecto a una discapacidad.

1. Firme y escriba la fecha en un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth aparte para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en la Parte 2 del Suplemento de discapacidad.
2. Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz.
3. Puede haber una sola firma en la línea.
4. Si este formulario es para un niño menor de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe firmar por dicho niño.
5. Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del documento que les autorice a actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

Si usted necesita asistencia para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth, llame al representante de los DES al (800) 888-3420.

---

# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta solicitud de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a M.G.L.c.112 § 12CC, no se debe cobrar por la divulgación de los expedientes que sean solicitados. Según los estatutos, los expedientes deben ser provistos dentro de los 30 días.

Al completar y firmar la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida*, yo autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth. Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con MassHealth (DES) para determinar si soy elegible para recibir servicios por discapacidad.

- Entiendo que parte de la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser revelada por los DES, y que de ser así, podría no estar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información de salud posee protecciones especiales por ser información confidencial. Dicha información de salud incluye los expedientes sobre la infección por VIH, SIDA, las pruebas genéticas y los trastornos psicológicos o psiquiátricos. La presente información de salud está protegida por leyes estatales y federales y no puede ser compartida sin mi consentimiento expreso por escrito a no ser que la ley permita lo contrario. El 42 CFR parte 2 no permite que un programa, que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, comparta sin mi autorización la información sobre mi salud que haya creado, recibido u obtenido.

## SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante o afiliado de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Calle	
Ciudad, estado, código postal	
Número de teléfono ( )	

## SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otros proveedores de servicios de salud
Calle
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono ( )

## SECCIÓN 3: Información confidencial de salud a compartir con DES

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos completos. Marque Sí o NO para CADA UNA de las siguientes opciones.

- Sí  No Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí  No Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Sí  No Pruebas genéticas. Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí  No Información sobre uso de sustancias
- Sí  No Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

La presente autorización es válida desde los 12 meses anteriores a la fecha de la firma hasta su vencimiento. Esta autorización vence a los 12 meses desde la fecha de la firma.

Firma del solicitante, afiliado o representante legal autorizado	Fecha
--	-------

Relación con el solicitante o afiliado, o autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado	Fecha
---	-------

Por favor adjunte una copia completa del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

A menos que se haya actuado al amparo del mismo, o durante el período de impugnación según las leyes pertinentes, yo entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorización vence en un (1) año desde la fecha de la firma.



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**Esta es la única autorización que aceptan los Servicios de Evaluación de Discapacidad de MassHealth**

## SOLICITANTE:

Si usted no completa la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* en su totalidad, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth no podrán tomar una determinación respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o podrían ser reducidos.

## Instrucciones

---

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud confidencial de su proveedor de servicios de salud para que los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Por favor lea atentamente las instrucciones antes de completar este formulario. Si usted deja secciones en blanco en este formulario, este consentimiento no tendrá validez, y el proveedor de servicios de salud no podrá compartir su información con los DES de MassHealth. Si el proveedor de servicios de salud no comparte su información de salud protegida con los DES de MassHealth, no podremos tomar una determinación respecto a una discapacidad.

### Instrucciones generales para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth

Usted debe seguir todas las instrucciones al completar los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth. Los proveedores de servicios de salud no le enviarán la información de salud protegida a los DES de MassHealth si usted no completa los formularios inmediatamente. Necesitamos las copias de su información de salud protegida para tomar una determinación respecto a una discapacidad.

1. Firme y escriba la fecha en un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth aparte para cada médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en la Parte 2 del Suplemento de discapacidad.
2. Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz.
3. Puede haber una sola firma en la línea.
4. Si este formulario es para un niño menor de 18 años, un padre, madre o tutor legal debe firmar por dicho niño.
5. Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del documento que les autorice a actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

Si usted necesita asistencia para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth, llame al representante de los DES al (800) 888-3420.

---



# AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Esta solicitud de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a M.G.L.c.112 § 12CC, no se debe cobrar por la divulgación de los expedientes que sean solicitados. Según los estatutos, los expedientes deben ser provistos dentro de los 30 días.

Al completar y firmar la presente *Autorización para divulgar información de salud protegida*, yo autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) de MassHealth. Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con MassHealth (DES) para determinar si soy elegible para recibir servicios por discapacidad.

- Entiendo que parte de la información usada o divulgada conforme a esta autorización podría volver a ser revelada por los DES, y que de ser así, podría no estar sujeta a las leyes federales y estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información de salud posee protecciones especiales por ser información confidencial. Dicha información de salud incluye los expedientes sobre la infección por VIH, SIDA, las pruebas genéticas y los trastornos psicológicos o psiquiátricos. La presente información de salud está protegida por leyes estatales y federales y no puede ser compartida sin mi consentimiento expreso por escrito a no ser que la ley permita lo contrario. El 42 CFR parte 2 no permite que un programa, que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por el uso de sustancias, comparta sin mi autorización la información sobre mi salud que haya creado, recibido u obtenido.

## SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante o afiliado de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Calle	
Ciudad, estado, código postal	
Número de teléfono ( )	

## SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otros proveedores de servicios de salud
Calle
Ciudad, estado, código postal
Número de teléfono ( )

## SECCIÓN 3: Información confidencial de salud a compartir con DES

Yo autorizo la divulgación de mis expedientes médicos completos. Marque Sí o NO para CADA UNA de las siguientes opciones.

- Sí  No Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí  No Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual (STD)
- Sí  No Pruebas genéticas. Consulte M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí  No Información sobre uso de sustancias
- Sí  No Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_

La presente autorización es válida desde los 12 meses anteriores a la fecha de la firma hasta su vencimiento. Esta autorización vence a los 12 meses desde la fecha de la firma.

Firma del solicitante, afiliado o representante legal autorizado	Fecha
--	-------

Relación con el solicitante o afiliado, o autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado	Fecha
---	-------

Por favor adjunte una copia completa del documento que le otorgue a dicha persona la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado.

A menos que se haya actuado al amparo del mismo, o durante el período de impugnación según las leyes pertinentes, yo entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una petición por escrito a DES, PO Box 2796, Worcester, MA 01613. Esta autorización vence en un (1) año desde la fecha de la firma.