

MassHealth

Suplemento de Deficiência Infantil

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services



Instruções para preencher o Suplemento

Você indicou no aplicativo do MassHealth que seu/sua filho(a) 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 pedido de deficiência de seu/sua filho(a) para o MassHealth. É muito importante preencher este Suplemento de Deficiência.

Para que seu/sua filho(a) receba o MassHealth com base na deficiência, você precisa nos informar sobre:

- os prestadores de serviços de saúde física e mental de seu/sua filho(a), que podem ser médicos, psicólogos, terapeutas, assistentes sociais, fisioterapeutas, quiropraxistas, hospitais, centros de saúde e clínicas de quem seu/sua filho(a) recebeu ou está recebendo tratamento; e
- as atividades diárias e a formação educacional de seu/sua filho(a).

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 os prontuários médicos e de tratamento de seu/sua filho(a) aos prestadores de serviços que você tiver listado. Se você tiver: prontuários médicos de seu/sua filho(a), Plano Individualizado de Serviços Familiares (IFSP), Plano Educacional Individualizado (IEP), exames e avaliações, ou outros registros que descrevam os problemas de saúde de seu/sua filho(a), envie uma cópia com este formulário. Se mais informações ou exames forem necessários, uma pessoa do DES entrará em contato com você. A qualificação de seu/sua filho(a) será decidida mais rapidamente se todos os itens do suplemento forem preenchidos.

Este não é um pedido de benefícios médicos. Se você ainda não preencheu um pedido de inscrição do MassHealth para seu/sua filho(a), deve preenchê-lo além deste pedido. 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 o formulário inteiro.

Se você não preencher todas as partes, pode não ser possível decidir se seu/sua filho(a) tem deficiência.

Informações sobre seu/sua filho(a) 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		

O(a) seu/sua filho(a) tem um pedido pendente no Seguro Social? Sim Não

O(a) seu/sua filho(a) tem Seguro Social? Sim Não

O(a) seu/sua filho(a) tem MassHealth? Sim Não

Informações sobre sua família

Mãe: Sobrenome Nome Inicial do nome do meio	Telefone	
Pai: Sobrenome Nome Inicial do nome do meio	Telefone	
Endereço	Nº apto.	
Cidade	Estado	CEP

Sua família atualmente tem o MassHealth? Sim Não

Se **sim**, por meio de qual programa? MassHealth Seguro de Renda Suplementar (SSI)

Auxílio transitório a famílias com crianças dependentes (TAFDC) Outro (especifique) _____

O menor mora com os pais? Sim Não

Se **não**, qual deles não mora com o menor? Mãe Pai

Qual é o endereço dele/dela? _____

PARTE 1 Problemas de saúde e prestadores de serviços de saúde de seu/sua filho(a)

Descreva a condição incapacitante de seu/sua filho(a) e quando isso começou a se tornar um problema.

O nível de desenvolvimento (funcional) de seu/sua filho(a) é apropriado para a idade? Sim Não

Se **não**, qual é a idade de desenvolvimento? _____

A deficiência de seu/sua filho(a) é resultado de um acidente? Sim Não

Se **sim**, explique resumidamente.

Seu/sua filho(a) recebeu algum atendimento de saúde no último ano? Sim Não

Se **sim**, inclua o médico de cuidados primários do menor e todos os profissionais de saúde física e mental que trataram seu/sua filho(a) de qualquer um de seus problemas desde que começaram. Um prestador de serviços de saúde física ou mental pode ser um médico, psicólogo, terapeuta, assistente social, fisioterapeuta, quiropraxista, hospital, centro de saúde e clínica onde seu/sua filho(a) recebeu tratamento. Use uma folha separada se faltar espaço. Se seu/sua filho(a) estiver recebendo tratamento em apenas um lugar, liste apenas esse lugar.

Nome dos prestadores de serviços de saúde física e mental	Telefone	Data da consulta mais recente

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 1. Problemas de saúde e prestadores de serviços de saúde de seu/sua filho(a) (continuação)

Seu/sua filho(a) tem uma consulta hospitalar agendada nos próximos 12 meses? Sim Não

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

Onde	Quando	Por que

PARTE 2 A educação e outros prestadores de serviços de saúde de seu/sua filho(a)

Seu/sua filho(a) está atualmente inscrito(a) em um Programa de intervenção precoce do Departamento de Saúde Pública?

Sim Não

Se **sim**, nome do programa _____

Seu/sua filho(a) frequenta a escola? Sim Não

Se **sim**, nome da escola _____

Se **não**, seu/sua filho(a) recebe serviços domiciliares pelo sistema escolar? Sim Não

Se **sim**, explique.

Existe um Plano Individualizado de Educação (IEP) para o(a) seu/sua filho(a)? Sim Não

Se **sim**, anexe uma cópia do IEP mais recente Anexado a este suplemento Vou enviar uma cópia

Vou preencher um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas para que o MassHealth possa solicitar uma cópia.

Identifique as instituições que atualmente prestam serviços para seu/sua filho(a). Indique a pessoa de contato e o endereço da instituição.

Nome da instituição	Pessoa de contato e telefone	Endereço
Departamento de Crianças e Famílias (DCF)	Nome Telefone	
Departamento de Serviços de Desenvolvimento (DDS)	Nome Telefone	
Departamento de Educação (DOE)	Nome Telefone	
Departamento de Saúde Mental (DMH)	Nome Telefone	
Departamento de Saúde Pública (DPH)	Nome Telefone	
Comissão de Massachusetts para Cegos (MCB)	Nome Telefone	
Gestão de casos da comunidade (CCM)	Nome Telefone	
Outra	Nome Telefone	

PARTE 3 As atividades diárias de seu/sua filho(a)

Mobilidade e higiene geral: indique o nível funcional de seu/sua filho(a) assinalando uma das colunas para cada atividade.

Atividade	Independente	Com ajuda	Não é capaz
<i>Andar</i>			
<i>Engatinhar</i>			
<i>Sentar-se</i>			
<i>Virar</i>			
<i>Tomar banho</i>			
<i>Vestir-se</i>			

Visão, audição e fala: indique o nível funcional de seu/sua filho(a).

Atividade	Bom	Regular	Baixo	Nenhum
<i>Visão</i>				
<i>Audição</i>				
<i>Fala</i>				

Uso do banheiro: indique o nível funcional de seu/sua filho(a).

Função	Sim	Não	Outros (como cateter, colostomia)
<i>Controle da bexiga</i>			
<i>Controle do intestino</i>			

Alimentação: indique como seu/sua filho(a) é alimentado, com que frequência e por quanto tempo.

Função	Qtde. de alimentação por dia	Minutos por refeição
<i>Oral</i>		
<i>Sonda de gastrostomia ou jejunostomia (circule um)</i>		
<i>Sonda nasogástrica</i>		

Seu/sua filho(a) precisa de alguma dieta ou fórmula especial? Sim Não

Se **sim**, explique.

Seu/sua filho(a) recebe nutrição parenteral (intravenosa)? Sim Não

Se **sim**, descreva as soluções e a frequência _____

PARTE 4 O problema médico de seu/sua filho(a)

Respiratório: seu/sua filho(a) precisa de algum dos recursos abaixo?

Recurso	Sim	Não	
<i>Aspirador nasal de sucção</i>			Frequência
<i>Aspirador de secreção</i>			Frequência
<i>Oxigênio</i>			Número de horas por dia Fluxo em litros
<i>Umidificador</i>			Número de horas por dia Fluxo em litros
<i>Fisioterapia respiratória</i>			Vezes por dia

Parte 4. O problema médico de seu/sua filho(a) (continuação)

Enfermagem domiciliar: seu/sua filho(a) recebe cuidados qualificados de enfermagem em casa? Sim Não

Se **sim**, Quantas horas por semana? _____

Descreva os cuidados _____

Quem presta o cuidado? Agência de saúde domiciliar Enfermeiro(a) particular

Indique o tipo de cuidador Enfermeiro(a) (RN) Técnico(a) de enfermagem (LPN) Auxiliar de saúde domiciliar

Há outros serviços de enfermagem que beneficiariam seu/sua filho(a)? Sim Não

Se **sim**, descreva.

Terapias

Seu/sua filho(a) recebe cuidados qualificados de enfermagem em casa? Sim Não

Se **sim**, indique o tipo, o local e a instituição que presta os serviços.

Tipo de terapia	Número de atendimentos semanais em casa	Número de atendimentos semanais na escola	Agência prestadora do serviço
<i>Fala</i>			
<i>Física</i>			
<i>Respiratória</i>			
<i>Ocupacional</i>			
<i>Outra</i> _____			

Medicamentos: a seguir, informe todos os medicamentos que seu/sua filho(a) toma regularmente.

Medicamento	Dosagem	Frequência	Medicamento	Dosagem	Frequência

Equipamentos e suprimentos: indique se seu/sua filho(a) precisa de algum dos itens a seguir.

<input type="checkbox"/> Ventilador	<input type="checkbox"/> Monitor de apneia	<input type="checkbox"/> Parapódium	<input type="checkbox"/> Sapato ortopédico	<input type="checkbox"/> Sonda nasogástrica
<input type="checkbox"/> Gerador	<input type="checkbox"/> Monitor cardíaco	<input type="checkbox"/> Bomba/suporte de nutrição	<input type="checkbox"/> Palmilha	<input type="checkbox"/> Seringa
<input type="checkbox"/> Reanimador manual	<input type="checkbox"/> Nebulizador	<input type="checkbox"/> Andador	<input type="checkbox"/> Tubo de traqueostomia	<input type="checkbox"/> Fórmula infantil
<input type="checkbox"/> Máquina de sucção	<input type="checkbox"/> Bomba de infusão	<input type="checkbox"/> Colete	<input type="checkbox"/> Tubo de gastrostomia	<input type="checkbox"/> Fluido intravenoso
<input type="checkbox"/> Compressor de oxigênio	<input type="checkbox"/> Cadeira de rodas	<input type="checkbox"/> Aparelho ortodôntico	<input type="checkbox"/> Bolsa/tubo de nutrição	<input type="checkbox"/> Diálise
<input type="checkbox"/> Tanque de oxigênio	<input type="checkbox"/> Cama de hospital	<input type="checkbox"/> Tala	<input type="checkbox"/> Tubo de infusão intravenosa	
<input type="checkbox"/> Outro (listar) _____				

PARTE 5 Outras informações

Inclua qualquer outra informação sobre os cuidados de seu/sua filho(a) que seriam úteis ao considerar o pedido de MassHealth para ele(a).

PARTE 6 Assinatura e direitos

ESTA PARTE DEVE SER PREENCHIDA.

Seu/sua filho(a) tem direito à privacidade. As informações contidas neste formulário são confidenciais. Todas as precauções possíveis serão tomadas para garantir os direitos de privacidade do menor.

Pais/responsáveis

Entendo que as informações contidas neste suplemento serão analisadas pela equipe do MassHealth e seus representantes para determinar a qualificação de meu/minha filho(a) para benefícios médicos.

Assinatura do pai/mãe/responsável _____ Data _____

Informações do representante autorizado

Você pode escolher um representante autorizado para ajudar com algumas ou todas as responsabilidades para pedir ou obter benefícios de saúde para seu/sua filho(a).

Faça isso preenchendo um formulário de Designação de representante autorizado MassHealth (ARD). Para pedir 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).

Se este formulário for preenchido por alguém que não seja o pai, a mãe ou um responsável com autoridade legal para agir em nome do menor (como representante autorizado), preencha e envie um ARD e forneça as informações a seguir.

Assinatura da pessoa que preencheu este formulário _____

Nome em letra de forma _____

Autoridade da pessoa que preencheu este formulário em nome do menor _____

O DES pode enviar cópias dos avisos ao representante autorizado. Esta parte não autoriza a divulgação de prontuários médicos.

LEMBRETE

Você se lembrou de:

- preencher um formulário de Autorização para divulgar informações de saúde protegidas para
 - cada prestador de serviços médicos listado na página 2?
 - cada prestador de serviço de saúde mental listado na página 2?
 - o Plano de Educação Individualizado de seu/sua filho(a)? (Caso não tenha sido anexado a este suplemento e você não possa enviar uma cópia.)
- 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.