Suplemento de discapacidad
para niños de MassHealth

Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Instrucciones para completar el suplemento

En su solicitud de MassHealth, usted ha indicado que su hijo(a) tiene una discapacidad. Los estándares de discapacidad exigen que la discapacidad haya durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses. Para asegurar la elegibilidad de su hijo(a) para recibir la cobertura de MassHealth, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) analizarán el *Suplemento de discapacidad* de su hijo(a). Es muy importante que usted complete este *Suplemento de discapacidad* en su totalidad.

Para que su hijo(a) reciba la cobertura de MassHealth de acuerdo con su discapacidad, usted tiene que darnos información sobre

- los proveedores de servicios médicos y de salud mental de su hijo(a). Estos pueden ser médicos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas que le hayan brindado o le estén brindando tratamiento; y
- las actividades diarias de su hijo(a) y su nivel de estudios.

Al completar el *Suplemento de discapacidad* en su totalidad, usted nos brindará la información que necesitamos para tomar una decisión rápida.

Antes de comenzar, por favor, lea las siguientes instrucciones.

- Complete el suplemento lo mejor que pueda, con letra de imprenta o escriba con claridad.
- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* por cada proveedor de servicios médicos y de salud mental que haya nombrado en el suplemento.
- Después de haber completado el suplemento, envíelo a:
  Disability Evaluation Services (DES)
  PO Box 2796
  Worcester, MA 01613-2796

Los DES les pedirán la historia clínica de su hijo(a) y un informe de sus tratamientos a los proveedores que usted nombró. Si usted tiene alguno de los siguientes documentos, por favor, envíe una copia con este formulario: historia clínica de su hijo(a), Plan de servicio familiar personalizado (IFSP), archivos de Intervención temprana (EI), Plan Educativo Individualizado (IEP), Plan 504, pruebas médicas u otra documentación que describa las afecciones de su hijo(a). Si se llegara a necesitar más información o exámenes, un miembro de los DES se comunicará con usted. La elegibilidad de su hijo(a) se determinará más rápidamente si todas las secciones del suplemento están completas.

Esto no es una solicitud de beneficios médicos. Si usted aún no ha completado una solicitud para su hijo(a), debe llenarla, además de este formulario. Si tiene preguntas sobre cómo solicitar beneficios, por favor, llame al Servicio al cliente de MassHealth, al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711.

Si necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar a un representante de los DES, al (800) 888-3420.
Complete todas las secciones de este formulario.
Si no lo hace, es posible que no podamos determinar si su hijo(a) tiene una discapacidad.

Información sobre su hijo(a)

Sexo asignado al nacer

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino

¿Cuál de estas opciones describe mejor la identidad de género actual de su hijo(a)?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ Varón transgénero o transexual masculino
- ☐ Mujer transgénero o transexual femenina
- ☐ Intergénero o cuirgénero, inconformidad de género, no binario o ni exclusivamente masculino ni femenino
- ☐ Identidad de género no indicada

Por favor, especifique _____

- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre

Los 4 últimos dígitos del Número de Seguro Social	ID de MassHealth o Medicaid	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección, # de departamento	Ciudad	Estado	Código postal

Número de teléfono del hogar	Número de teléfono celular

¿Tiene su hijo(a) una solicitud pendiente con el Seguro Social? ☐ sí ☐ no

¿Recibe su hijo(a) servicios del Seguro Social? ☐ sí ☐ no

¿Tiene su hijo(a) cobertura de MassHealth? ☐ sí ☐ no

Información sobre la familia o los tutores de su hijo(a)

Padre, madre o tutor(a) principal: apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre	Teléfono de día

Dirección del correo electrónico del padre, madre o tutor(a) principal

Dirección, # de departamento	Ciudad	Estado	Código postal

¿Habla inglés? ☐ sí ☐ no ¿Entiende inglés? ☐ sí ☐ no

¿Lee inglés? ☐ sí ☐ no ¿Escribe inglés? ☐ sí ☐ no

¿Cuál es su idioma de preferencia?

¿Lee en su idioma de preferencia? ☐ sí ☐ no ¿Escribe en su idioma de preferencia? ☐ sí ☐ no

¿Tiene su familia actualmente cobertura de MassHealth? ☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** ¿qué programa tiene?

- ☐ MassHealth
- ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ Programa de Asistencia Transicional para Familias con Hijos Dependientes (TAFDC)
- ☐ Otros (por favor especifique) _____

¿Vive el(la) niño(a) con el padre y la madre o con los tutores? ☐ sí ☐ no

Si respondió **no,** ¿cuál padre, madre o tutor no vive con el(la) niño(a)?

Nombre: _____

PARTE 1 Problemas de salud de su hijo(a) y proveedores médicos

Por favor, describa la afección discapacitante de su hijo(a) y cuándo empezó a ser un problema.

¿Está su hijo(a) en el nivel de desarrollo (funcional) que corresponde a su edad? ☐ sí ☐ no

Si respondió **no,** ¿cuál es la edad en términos de desarrollo? _____

¿Es la discapacidad de su hijo(a) consecuencia de un accidente? ☐ sí ☐ no

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

¿Recibió su hijo(a) alguna atención médica en los 12 últimos meses? ☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** incluya el médico de cabecera de su hijo(a) y cada uno de los proveedores de servicios médicos y de salud mental que lo(a) han tratado por sus problemas desde que estos empezaron. Un proveedor de servicios médicos o de salud mental puede ser un médico, psicólogo, terapeuta, trabajador social, fisioterapeuta, quiropráctico, hospital, centro de salud o una clínica que le brinde tratamiento a su hijo(a). Si le hace falta espacio, puede escribir en una hoja aparte. Si su hijo(a) recibe tratamiento de un solo centro de servicios, nombre solamente ese centro.

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental	
Número de teléfono	Fecha de la consulta más reciente

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental	
Número de teléfono	Fecha de la consulta más reciente

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental	
Número de teléfono	Fecha de la consulta más reciente

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental	
Número de teléfono	Fecha de la consulta más reciente

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental	
Número de teléfono	Fecha de la consulta más reciente

Por favor, complete un formulario de *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 cada formulario y ponerle fecha. Estos formularios se encuentran al final de este paquete. Si necesita más copias de la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame al servicio al cliente de MassHealth, al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 o descargue el formulario de mass.gov/lists/masshealth-member-forms.

PARTE 2 Educación de su hijo(a) y otros proveedores de servicios

¿Está su hijo(a) inscrito(a) actualmente en un Programa de Intervención Temprana (EIP) del Departamento de Salud Pública?
☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** nombre del programa _____

Por favor, presente una copia de esta documentación con este suplemento.

¿Va su hijo(a) a la escuela? ☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** nombre de la escuela _____

¿Tiene su hijo(a) un Plan Educativo individualizado (IEP) o un Plan 504? ☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** necesitamos una copia del IEP o del Plan 504 más reciente junto con este suplemento.

Si necesita que MassHealth solicite una copia, complete un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida*.

Por favor, identifique las agencias que actualmente le prestan servicios a su hijo(a). Por favor, escriba el nombre de la persona de contacto y la dirección de la agencia.

☐ Comisión para los no videntes de Massachusetts (MCB)

Nombre y número de teléfono de la persona de contacto

Dirección

☐ Administración comunitaria de casos (CCM)

Nombre y número de teléfono de la persona de contacto

Dirección

☐ Otra

Nombre y número de teléfono de la persona de contacto

Dirección

PARTE 3 Actividades de la vida diaria de su hijo(a)

Por favor, indique el nivel de desempeño de su hijo(a) colocando una marca en una de las columnas por cada actividad.

Caminar ☐ Independiente ☐ Con ayuda ☐ No puede
Gatear ☐ Independiente ☐ Con ayuda ☐ No puede
Sentarse ☐ Independiente ☐ Con ayuda ☐ No puede
Voltearse ☐ Independiente ☐ Con ayuda ☐ No puede
Bañarse ☐ Independiente ☐ Con ayuda ☐ No puede
Vestirse ☐ Independiente ☐ Con ayuda ☐ No puede

Vista ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Reducido ☐ Ninguna
Audición ☐ Buen ☐ Regular ☐ Reducido ☐ Ninguna
Habla ☐ Bueno ☐ Regular ☐ Reducido ☐ Ninguna

Control de la vejiga ☐ sí ☐ no ☐ Otro (como catéter, colostomía) _____
Control del intestino ☐ sí ☐ no ☐ Otro (como catéter, colostomía) _____

Por favor, indique cómo se alimenta su hijo(a).

☐ Alimentación oral
☐ Sonda de gastrostomía o ☐ sonda de yeyunostomía (marque una)
☐ Sonda nasogástrica
☐ Nutrición parenteral (intravenosa)

PARTE 4 Afecciones médicas de su hijo(a)

Respiratoria

¿Requiere su hijo(a) alguna de las siguientes asistencias? ☐ sí ☐ no

☐ Respirador: Cantidad de horas por día	
☐ CPAP/BiPAP: Cantidad de horas por día	
☐ Oxígeno: Cantidad de horas por día	Flujo en litros
☐ Humidificación: Cantidad de horas por día	Flujo en litros
☐ Fisioterapia torácica: Veces por día	

Servicios de enfermería en el hogar

¿Recibe su hijo(a) cuidados de enfermería especializada a domicilio? ☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** ¿cuántas horas por semana? _____

Por favor, describa la atención

Terapia especializada

¿Recibe su hijo(a) alguna terapia especializada? ☐ sí ☐ no

Si respondió **sí,** por favor, indique el tipo, la ubicación y la agencia que proporciona los servicios.

☐ Del habla: Cantidad de visitas semanales en la escuela	Cantidad de visitas semanales fuera de la escuela
Agencia proveedora	
☐ Fisioterapia: Cantidad de visitas semanales en la escuela	Cantidad de visitas semanales fuera de la escuela
Agencia proveedora	
☐ Respiratoria: Cantidad de visitas semanales en la escuela	Cantidad de visitas semanales fuera de la escuela
Agencia proveedora	
☐ Ocupacional: Cantidad de visitas semanales en la escuela	Cantidad de visitas semanales fuera de la escuela
Agencia proveedora	

☐ Otra:	Cantidad de visitas semanales en la escuela	Cantidad de visitas semanales fuera de la escuela
Agencia proveedora		

Medicamentos

Por favor, provea la siguiente información sobre todos los medicamentos que su hijo(a) toma con regularidad.

Medicamento	Dosis	Frecuencia
Medicamento	Dosis	Frecuencia
Medicamento	Dosis	Frecuencia
Medicamento	Dosis	Frecuencia
Medicamento	Dosis	Frecuencia

Equipos y suministros

Por favor, indique si su hijo(a) necesita alguno de los siguientes artículos.

☐ Monitor de apnea	☐ Soporte o bomba de alimentación	☐ Líquidos intravenosos	☐ Férulas y tablillas
☐ Férulas o aparatos ortopédicos	☐ Fórmula de alimentación infantil	☐ Sondas nasogástricas	☐ Máquina de succión
☐ Monitor cardíaco	☐ Sondas de gastrostomía	☐ Nebulizador	☐ Cánulas de traqueotomía
☐ Diálisis	☐ Cama de hospital	☐ Compresor de oxígeno	☐ Respirador
☐ Bolsas o sondas de alimentación	☐ Bomba de infusión intravenosa	☐ Tanques de oxígeno	☐ Andador
	☐ Catéteres intravenosos	☐ Bipedestador prono	☐ Silla de ruedas

☐ Otro (por favor, indique) _____

PARTE 5 Otra información

Por favor, incluya toda otra información sobre el cuidado de su hijo(a) que sería útil conocer al momento de considerar su solicitud de cobertura de MassHealth para él(ella).

PARTE 6 Firma y derechos

ESTA SECCIÓN DEBE ESTAR COMPLETA.

Su hijo(a) tiene derecho a la privacidad. La información ofrecida en este formulario es confidencial. Se tomarán todas las precauciones posibles para garantizar los derechos a la privacidad de su hijo(a).

Sección para el padre y la madre, o los tutores

Entiendo que la información que contiene este suplemento será revisada por el personal de MassHealth y sus representantes con el propósito de determinar la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir beneficios médicos.

Al firmar la presente solicitud a continuación, certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he brindado son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades de los programas de MassHealth y Health Connector indicados anteriormente.

Firma del padre, madre o tutor(a) _____

Nombre en letra de imprenta _____ Fecha ____ /____ /_____

Sección de información sobre el representante autorizado

Importante: Si este formulario está siendo completado por alguien que no es el padre, ni la madre ni el tutor, pero que cuenta con la autoridad legal para actuar en nombre del(de la) niño(a), esa persona debe firmar a continuación y adjuntar la correspondiente documentación legal completa (por ejemplo, un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD), un formulario de tutela).

Al firmar la presente solicitud a continuación, certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he brindado son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades de los programas de MassHealth y Health Connector indicados anteriormente.

Firma del representante autorizado _____

Nombre en imprenta _____ Fecha ____ /____ /_____

Para solicitar un formulario de ARD, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth, al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. También puede descargarlo en línea desde mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download.

Posiblemente los DES envíen copias de los avisos al representante de elegibilidad. Su firma no autoriza a que los DES reciban su historia clínica. Por favor, complete y firme el formulario adjunto de *Autorización para divulgar información de salud protegida*.

RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

- completar un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* por
  - cada proveedor de servicios médicos nombrado en la Parte 1?
  - cada proveedor de servicios de salud mental nombrado en la Parte 1?
  - el Plan Educativo Individualizado de su hijo(a) (IEP, IFSP o EI)?
- firmar todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida*?
- firmar el *Suplemento de discapacidad* indicado anteriormente?
- incluir un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD) o los documentos que otorgan la tutela, si fueran necesarios?
- llamar a un representante de los DES al (800) 888-3420 si necesita ayuda para completar este formulario?

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

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

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "SÍ" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

☐ Sí Información de salud mental o psiquiátrica

☐ Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual

☐ Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado Fecha

_____
Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

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

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "SÍ" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

☐ Sí Información de salud mental o psiquiátrica

☐ Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual

☐ Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado Fecha

_____
Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

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

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "SÍ" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

☐ Sí Información de salud mental o psiquiátrica

☐ Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual

☐ Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado Fecha

_____
Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

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

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "SÍ" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

☐ Sí Información de salud mental o psiquiátrica

☐ Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual

☐ Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado Fecha

_____
Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

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

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

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

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "SÍ" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

☐ Sí Información de salud mental o psiquiátrica

☐ Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual

☐ Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G

☐ Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado Fecha

_____
Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.