

Suplemento de discapacidad para niños 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 su hijo 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 Services - DES, por sus siglas en inglés) revisarán la solicitud de discapacidad para MassHealth de su hijo. Es muy importante que usted complete este Suplemento de discapacidad.

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

- los proveedores de servicios médicos y de salud mental de su hijo. Estos pueden incluir médicos, psicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas en los cuales el menor reciba o haya recibido tratamiento; y
- las actividades diarias de su hijo y su nivel de estudios.

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 a los proveedores que usted haya nombrado los archivos médicos y de tratamiento de su hijo. Si usted tiene en su poder cualquiera de los siguientes documentos, por favor envíe una copia de ellos con este formulario: archivos médicos de su hijo, Plan individualizado de servicios para la familia (IFSP, por sus siglas en inglés), Plan educativo individualizado (IEP, por sus siglas en inglés), pruebas o cualquier otro documento que describa las condiciones de su hijo. Si se llegara a necesitar más información o exámenes, un miembro del DES se comunicará con usted. La determinación de la elegibilidad de su hijo será más rápida 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 para su hijo, debe llenarla adicionalmente a este formulario. Si tiene preguntas sobre cómo hacer la 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 1-888-497-9890. Llene todas las secciones de este formulario. Si no lo hace, es posible que no podamos determinar si su hijo está discapacitado.

Información sobre su hijo

Masculino Femenino

Apellido Nombre Inicial			Número de seguro social		
Dirección			Número de departamento/suite		
Ciudad/pueblo	State	Código postal	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		
Número telefónico de la casa		Número de teléfono celular		Número telefónico del trabajo/otro número	
¿Tiene su hijo una solicitud pendiente con el Seguro Social? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no					
¿Recibe su hijo Seguro Social? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no					
¿Recibe su hijo MassHealth? <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no					

Información sobre su familia

Madre: Apellido Inicial Nombre	Número telefónico durante el día	
Padre: Apellido Inicial Nombre	Número telefónico durante el día	
Dirección	Número de departamento/suite	
Ciudad/pueblo	Estado	Código postal

¿Su familia recibe actualmente MassHealth? sí no

Si respondió **sí**, ¿bajo qué programa? MassHealth Seguridad de ingreso suplementario (SSI)

Programa de asistencia transicional para familias con hijos dependientes (TAFDC)

Otro (por favor especifique) _____

¿El niño vive con ambos padres? sí no

Si respondió **no**, ¿cuál de los padres no vive con el niño madre padre

¿Cuál es su dirección? _____

PARTE 1 Los problemas de salud de su hijo y proveedores médicos

Por favor describa la condición discapacitante de su hijo y cuándo empezó a ser un problema.

¿Su hijo está en un nivel de desarrollo (funcional) correspondiente con su edad? sí no

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

¿La discapacidad de su hijo es consecuencia de un accidente? sí no

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

¿Su hijo recibió alguna atención médica el año pasado? sí no

Si respondió **sí**, por favor incluya al médico de cabecera del niño y cada proveedor de servicios médicos y de salud mental que haya tratado a su hijo por cualquiera de sus problemas desde que éstos empezaron. Un proveedor de servicios médicos o de salud mental puede incluir un médico, psicólogo, terapeuta, trabajador social, fisioterapeuta, quiropráctico, hospital, centro de salud y clínica de los cuales su hijo recibió 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	Número de teléfono	Fecha de la consulta más reciente

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 médica se encuentran al final del paquete. Si necesita más copias de la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame al Centro de inscripción de MassHealth al (888) 665-9993 (TTY: (888) 665-9997 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) o descargue el formulario en www.mass.gov/masshealth.

Parte 1. Los problemas de salud de su hijo y proveedores médicos (continuación)

¿Tiene su hijo una consulta programada al hospital dentro de los próximos 12 meses? sí no

Si respondió **sí**, por favor complete lo siguiente.

¿Dónde?	¿Cuándo?	¿Por qué?

PARTE 2 La educación de su hijo y otros proveedores de servicios

¿Su hijo está inscrito actualmente en un Programa de Intervención Temprana del Departamento de Salud Pública? sí no

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

¿Su hijo va a la escuela? sí no

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

Si respondió **no**, ¿recibe su hijo servicios en el hogar a través del sistema escolar? sí no

Si respondió **sí**, por favor explique _____

¿Hay un Plan educativo individualizado (IEP) para su hijo? sí no

Si respondió **sí**, necesitamos una copia del IEP más reciente: incluido con este suplemento enviaré una copia.

Completaré una *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth para que MassHealth pueda solicitar una copia.

Por favor identifique las agencias que actualmente le proporcionan servicios a su hijo. Por favor, proporcione el nombre de la persona de contacto y la dirección de la agencia.

Nombre de la agencia	Nombre y número de teléfono de la persona de contacto	Dirección
Departamento de Niños y Familias	Nombre Teléfono	
Departamento de Servicios del Desarrollo	Nombre Teléfono	
Departamento de Educación	Nombre Teléfono	
Departamento de Salud Mental	Nombre Teléfono	
Departamento de Salud Pública	Nombre Teléfono	
Comisión de Ciegos de Massachusetts	Nombre Teléfono	
Manejo comunitario de casos	Nombre Teléfono	
Otro	Nombre Teléfono	

PARTE 3 Las actividades diarias de su hijo

Movilidad e higiene en general: por favor indique el nivel de desempeño de su hijo colocando una marca en una de las columnas por cada actividad.

Actividad	Independiente	Con ayuda	No puede
<i>Caminar</i>			
<i>Gatear</i>			
<i>Sentarse</i>			
<i>Voltearse</i>			
<i>Bañarse</i>			
<i>Vestirse</i>			

Vista, audición y habla: por favor indique el nivel de desempeño de su hijo.

Actividad	Buena	Regular	Baja	Ninguna
<i>Vista</i>				
<i>Audición</i>				
<i>Habla</i>				

Hacer sus necesidades: por favor indique el nivel de desempeño de su hijo.

Función	Sí	No	Otros (tal como catéter, colostomía)
<i>Control de la vejiga</i>			
<i>Control del intestino</i>			

Alimentación: por favor indique cómo es alimentado su hijo, cuántas veces al día y por cuánto tiempo.

Función	Número de veces que se alimenta por día	Minutos que dura cada vez
<i>Alimentación oral</i>		
<i>Sonda de gastrostomía o sonda de yeyunostomía (marque una con un círculo)</i>		
<i>Sonda nasogástrica</i>		

¿Su hijo necesita una dieta o fórmula especial? sí no

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

¿Su hijo recibe nutrición parenteral (intravenosa)? sí no

Si respondió **sí**, por favor describa las soluciones y la frecuencia

PARTE 4 La condición médica de su hijo

Respiratorio: ¿Su hijo requiere de alguno de los siguientes aparatos auxiliares?

Aparato auxiliar	Sí	No		
<i>Pera de succión</i>			Frecuencia	
<i>Máquina de succión</i>			Frecuencia	
<i>Oxígeno</i>			Número de horas por día	Flujo (litros)
<i>Humidificación</i>			Número de horas por día	Flujo (litros)
<i>Fisioterapia para el pecho</i>			Número de veces al día	

Parte 4. La condición médica de su hijo (continuación)

Cuidado de enfermería en casa: ¿Dispone su hijo de cuidado calificado de enfermería en casa? sí no

Si respondió **sí**, ¿cuántas horas por semana? _____ Por favor describa los cuidados _____

¿Cómo se le proporcionan cuidados al niño?

a través de una agencia de atención en el hogar a través de un proveedor independiente de enfermeras

Por favor indique el tipo de proveedor de servicios: enfermera registrada (RN) enfermera licenciada (LPN)

ayudante de cuidado de salud en el hogar

¿Existen otros servicios de enfermería que usted cree que podrían beneficiar a su hijo? sí no

Si respondió **sí**, por favor describa.

Terapias

¿Dispone su hijo de cuidado especializado de enfermería en casa? sí no

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

Tipo de terapia	Número de visitas al hogar por semana	Número de visitas a la escuela por semana	Agencia proveedora
<i>Del habla</i>			
<i>Física</i>			
<i>Respiratoria</i>			
<i>Ocupacional</i>			
<i>Otra</i> _____			

Medicamentos: por favor provea la siguiente información sobre todos los medicamentos que su hijo toma con regularidad.

Medicamento	Dosis	Frecuencia	Medicamento	Dosis	Frecuencia

Equipamiento y materiales: por favor indique si su hijo necesita cualquiera de los siguientes artículos.

- | | | | | |
|---|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Respirador | <input type="checkbox"/> Monitor de apnea | <input type="checkbox"/> Soporte para pararse | <input type="checkbox"/> Zapatos ortopédicos | <input type="checkbox"/> Sondas nasogástricas |
| <input type="checkbox"/> Generador | <input type="checkbox"/> Monitor cardiaco | <input type="checkbox"/> Poste de alimentación | <input type="checkbox"/> Plantillas | <input type="checkbox"/> Jeringas |
| <input type="checkbox"/> Ambu (Respirador) | <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Andador | <input type="checkbox"/> Cánulas de traqueotomía | <input type="checkbox"/> Fórmula |
| <input type="checkbox"/> Máquina de succión | <input type="checkbox"/> Bomba de infusión I.V. | <input type="checkbox"/> Corset | <input type="checkbox"/> Sondas de gastrostomía | <input type="checkbox"/> Fluidos intravenosos |
| <input type="checkbox"/> Compresor de oxígeno | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Dispositivo ortopédico | <input type="checkbox"/> Sondas de alimentación | <input type="checkbox"/> Diálisis |
| <input type="checkbox"/> Tanques de oxígeno | <input type="checkbox"/> Cama de hospital | <input type="checkbox"/> Férulas | <input type="checkbox"/> Catéteres intravenosos | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor liste) | | | | |

PARTE 5 Otra información

Por favor incluya cualquier otra información sobre el cuidado de su hijo que pudiera ser útil tomar en cuenta en la solicitud de MassHealth para su hijo.

PARTE 6 Firma y derechos

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE.

Su hijo tiene derecho a la privacidad. La información que contiene este formulario es confidencial. Se tomarán todas las precauciones posibles para asegurar sus derechos a la privacidad.

Sección para los padres/tutor

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

Firma del padre o madre/tutor _____ Fecha _____

Sección de información sobre el Representante autorizado

Usted puede escoger a un representante autorizado para que le ayude con algunas o todas las responsabilidades de solicitar o recibir beneficios médicos para su hijo. Usted puede hacer esto al llenar un *Formulario del designación de representante autorizado* de MassHealth (ARD, por sus siglas en inglés). Para solicitar un formulario ARD, comuníquese con 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).

Si este formulario está siendo completado por alguien que no es uno de los padres ni el tutor de su hijo, pero que cuenta con la autoridad legal para proceder a nombre del niño (tal como un representante autorizado), usted debe llenar y enviar un formulario ARD y darnos 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 niño _____

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

RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

- completar un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* para
 - cada uno de los proveedores de servicios médicos enumerados en la página 2;
 - cada uno de los proveedores de servicios de salud mental enumerados en la página 2; y
 - el Plan educativo individualizado de su hijo (si no ha sido entregado con este suplemento y usted no puede enviarnos una copia);
- firmar todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida*;
- firmar el Suplemento de Discapacidad anterior; e
- incluir un Formulario del designación de 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.