Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services

Suplemento de discapacidad para niños de MassHealth

MassHealth
Health Connector

# 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, sicólogos, 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 (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
Código postal

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Número telefónico de la casa
Número del teléfono cellular
Número telefónico del trabajo/otro número

¿Tiene su hijo una solicitud pendiente con el Seguro Social? sí no
¿Recibe su hijo Seguro Social? sí no
¿Recibe su hijo MassHealth? sí no

# Información sobre su familia

Madre:
Apellido
Nombre
Inicial
Número telefónico durante el día

Padre:
Apellido
Nombre
Inicial
Número telefónico durante el día

¿Su familia recibe actualmente MassHealth? sí no
Si respondió sí, ¿bajo qué programa?
MassHealth
Seguridad de ingreso suplementario (SSI)
Asistencia transitoria 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 la dirección?

Dirección (incluya el número de departamento o suite)
Ciudad/pueblo
Estado
Código postal

# 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, sicólogo, 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

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental
Número de teléfono
Fecha de la consulta más reciente

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental
Número de teléfono
Fecha de la consulta más reciente

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

¿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?

¿Dónde?
¿Cuándo?
¿Por qué?

¿Dónde?
¿Cuándo?
¿Por qué?

# Parte 2. La educación de su hijo y otros proveedores de servicios

¿Está su hijo 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 instituciones 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 Departamento de servicios para niños y familias (Department of Child and Family Services)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Departamento de servicios para el desarrollo (Department of Developmental Services)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Departamento de Educación (Department of Education)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Departamento de Salud Mental (Department of Mental Health)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Departamento de Salud Pública (Department of Public Health)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Comisión de Massachusetts para los ciegos (Massachusetts Commision for the Blind)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Gestión de casos en la comunidad (Community Case Management)
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

Nombre de la agencia Otra
Nombre y número de teléfono de la persona de contacto
Nombre
Teléfono
Dirección

# Parte 3. Las actividades cotidianas 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 Caminar
Independiente
Con ayuda
No puede

Actividad Gatear
Independiente
Con ayuda
No puede

Actividad Sentarse
Independiente
Con ayuda
No puede

Actividad Voltearse
Independiente
Con ayuda
No puede

Actividad Bañarse
Independiente
Con ayuda
No puede

Actividad Vestirse
Independiente
Con ayuda
No puede

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

Actividad Vista
Buena
Regular
Baja
Ninguna

Actividad Audición
Buena
Regular
Baja
Ninguna

Actividad Habla
Buena
Regular
Baja
Ninguna

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

Función Control de la vejiga
Sí No
Otros (tal como catéter, colostomía)

Función Control del intestino
Sí No
Otros (tal como catéter, colostomía)

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

Función Alimentación oral
Número de veces que se alimenta por día
Minutos que dura cada vez

Función Sonda de gastrostomía o yeyunostomía (marque una con un círculo)
Número de veces que se alimenta por día
Minutos que dura cada vez

Función Sonda nasogástrica
Número de veces que se alimenta por día
Minutos que dura cada vez

¿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 Pera de succión
Sí
No
Frecuencia:

Aparato auxiliar Máquina de succión
Sí
No
Frecuencia:

Aparato auxiliar Oxígeno
Sí
No
Número de horas por día:
Flujo (litros):

Aparato auxiliar Humidificación
Sí
No
Número de horas por día:
Flujo (litros):

Aparato auxiliar Fisioterapia para el pecho
Sí
No
Número de veces al día:

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 institución 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 práctica autorizada (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 calificado 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 Del habla
Número de visitas al hogar por semana
Número de visitas a la escuela por semana
Agencia proveedora

Tipo de terapia Física
Número de visitas al hogar por semana
Número de visitas a la escuela por semana
Agencia proveedora

Tipo de terapia Respiratoria
Número de visitas al hogar por semana
Número de visitas a la escuela por semana
Agencia proveedora

Tipo de terapia Ocupacional
Número de visitas al hogar por semana
Número de visitas a la escuela por semana
Agencia proveedora

Tipo de terapia Otra:
Número de visitas al hogar por semana
Número de visitas a la escuela por semana
Agencia proveedora

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

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Medicamento
Dosis
Frecuencia

Equipamiento y materiales: por favor indique si su hijo necesita cualquiera de los siguientes artículos.
Respirador
Monitor de apnea
Soporte para pararse
Zapatos ortopédicos
Sondas nasogástricas
Generador
Monitor cardiaco
Bomba/poste de alimentación
Plantillas
Jeringas
Ambu (Respirador)
Nebulizador
Andador
Cánulas de traqueotomía
Fórmula
Máquina de succión
Bomba de infusión I.V.
Corset
Sondas de gastrostomía
Fluidos intravenosos
Compresor de oxígeno
Silla de ruedas
Dispositivo ortopédico
Bolsas/sondas de alimentación
Diálisis
Tanques de oxígeno
Cama de hospital
Férulas
Catéteres intravenosos
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 de elegibilidad. Esta área no autoriza la divulgación de archivos médicos.

### RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

completar un *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 *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?

MADS-C/MR COMBO-ES-0919

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.

MADS-MR-ES-0721