

Formulario de autorización para divulgar información (PSI)



Use este formulario si desea autorizar a MassHealth o a Health Connector para que hable con otra persona u organización sobre su elegibilidad y le envíe copias de sus avisos de elegibilidad.

Esta persona u organización podría ser:

- un integrante de la familia, un amigo u otra persona de confianza;
- una persona que lo/a asiste con sus cuidados;
- una persona que lo/a ayuda a completar los formularios de MassHealth o de Health Connector; o
- un trabajador social, abogado o grupo de defensa de la atención de salud.

No use este formulario si usted desea

- autorizar a otra persona u organización para que modifique su solicitud de MassHealth;
- información sobre usted mismo/a o copias de sus propios expedientes (visite www.mass.gov/info-details/masshealth-member-records-request).

También puede acceder a la información sobre su elegibilidad —incluidos avisos, solicitudes y renovaciones— si tiene una cuenta de MA Login o MyServices en mass.gov;

- información sobre sus hijos menores de 18 años (generalmente puede obtener esta información sin completar ningún formulario);
- que se le brinde su información a su proveedor de servicios de salud (su proveedor de servicios de salud puede obtener información sobre usted sin completar ningún formulario); o
- designar un representante para la apelación en una audiencia imparcial (complete las secciones correspondientes del *Formulario de solicitud de audiencia imparcial* [FHR-1] O BIEN complete un *Formulario de designación del representante autorizado* [ARD] vigente).

Importante: Si usted decide que desea completar este formulario, debe rellenar todas las secciones y los campos correspondientes, salvo que se indique lo contrario. Escriba claramente con letra de imprenta y recuerde firmar y poner la fecha en la Sección 4. Si un representante legalmente designado completa este formulario, esa persona también deberá firmar y escribir la fecha en la Sección 4.

Si desea más información sobre cómo MassHealth utiliza y divulga sus datos, consulte nuestro *Aviso de prácticas de privacidad* de MassHealth en: www.mass.gov/doc/masshealth-notice-of-privacy-practices/download.

SECCIÓN 1 Nombre del solicitante o afiliado

Yo autorizo a MassHealth, a Health Connector y a sus representantes para que divulguen la información indicada en la Sección 2 sobre

Nombre del solicitante o afiliado cuya información será divulgada

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Fecha de nacimiento	Número de teléfono (opcional)		
Número de ID de MassHealth (o los últimos 4 dígitos del SSN) _____ (si lo tiene)			

SECCIÓN 2 Autorización para que MassHealth y Health Connector hablen sobre sus datos de elegibilidad y envíen copias de sus avisos de elegibilidad

La persona u organización que usted indicó en la **Sección 3** podrá comunicarse con MassHealth y Health Connector para recibir la información descrita en la casilla marcada a continuación.

☐ Yo autorizo a MassHealth para que:

- hable sobre mi caso de MassHealth o Health Connector, y
- envíe copias de los avisos de elegibilidad a la persona u organización indicada en la **Sección 3**.

Nota: Si usted marca esta casilla, MassHealth y Health Connector le enviarán copias de sus avisos de elegibilidad a la persona u organización indicada en la Sección 3. Dicha persona u organización también podrá pedir copias de sus avisos de elegibilidad. Estos avisos pueden contener datos económicos y tener información sobre algunos o todos los integrantes del hogar. Cada integrante de la familia mayor de 18 años deberá completar y firmar un formulario de PSI aparte si desea que le envíen sus avisos de elegibilidad específicos.

¿Autoriza usted a MassHealth y a Health Connector para que también divulguen datos sobre tratamientos por consumo de drogas o alcohol? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué desea que se divulgue esta información?

Explíquenos por qué desea que se divulgue la información indicada en esta sección. Si usted deja esta sección en blanco, interpretaremos que quiere decir “a petición mía”.

Si usted ha autorizado a MassHealth y a Health Connector para que divulguen información sobre sus tratamientos por consumo de drogas o alcohol a efectos de actividades administrativas de pago o de atención de la salud, el autorizado tiene permiso de comunicar la información sobre sus tratamientos por consumo de drogas o alcohol a contratistas, subcontratistas o representantes legales para que realicen en su nombre las actividades administrativas de pago o de atención de la salud.

SECCIÓN 3 ¿A quién desea usted que le divulguemos su información?

En esta sección, escriba el nombre de UNA SOLA persona u organización. Si desea nombrar a más de una persona u organización, debe completar otro formulario de PSI. MassHealth y Health Connector pueden divulgar la información indicada en la **Sección 2 a**

Nombre de la persona u organización _____

A la atención de (nombre de la persona a quien se le debe enviar el correo en la organización) _____

Calle	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono (opcional)	Correo electrónico (opcional)		

Vencimiento de la autorización: La presente PSI vencerá dentro de 12 meses, a menos que usted escriba otra fecha aquí. FECHA: _____

Nota: Esta PSI vencerá al momento de fallecer el afiliado nombrado en la Sección 1, si ello ocurriera antes de la fecha indicada anteriormente.

SECCIÓN 4 Firma del Solicitante o Afiliado, o de su Representante Legalmente designado

Yo entiendo y certifico lo siguiente.

- Es posible que, cuando la persona o la organización indicada en la **Sección 3** obtenga esta información de MassHealth o Health Connector, la divulgue a terceros sin mi autorización. Si divulga mi información, es posible que las leyes federales y estatales no protejan dicha información.
- Tengo que presentar esta PSI mediante una de las formas indicadas en la **Sección 5**.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a:
Health Insurance Processing Center
PO Box 4405
Taunton, MA 02780
- Respecto al proceso de elegibilidad y de inscripción, MassHealth, Massachusetts Health Connector y Health Safety Net pueden enviarle avisos con información personal sobre las personas nombradas en mi solicitud a la persona u organización indicada en la Sección 3, o comunicarle esa información de otro modo. Esta información puede incluir expedientes o datos sobre las personas nombradas en mi solicitud tomados de programas y fuentes de datos federales y estatales, tales como la Administración del Seguro Social (SSA), el Servicio de Impuestos Internos (IRS), el Departamento de Seguridad Nacional (DHS), el Departamento de Hacienda (DOR) y el Registro de Vehículos Motorizados (RMV), así como también de fuentes de datos privadas, incluidas las instituciones financieras. Esta información se puede usar: 1) para comprobar toda la información dada en mi solicitud y en todos los suplementos, u otra información que se da luego de que una persona se ha afiliado; 2) para documentar servicios médicos reclamados o provistos a dichas personas y 3) para sustentar la continuidad de la elegibilidad.
- Le he comunicado o le comunicaré a toda persona nombrada en esta solicitud (o a su padre, madre o representante legalmente autorizado, si corresponde) —y a fin de que los comprenda— los deberes, las obligaciones y el acceso a la información que tendrá la persona u organización nombrada en la Sección 3.
- Si yo revoco mi autorización, MassHealth o Health Connector no podrá retractarse de ninguna información que ya haya divulgado mientras tenía mi autorización para hacerlo.
- Mi decisión de usar este formulario no afectará de modo alguno mis beneficios de MassHealth o de Health Connector.
- Es posible que, en determinadas circunstancias, MassHealth y Health Connector no puedan divulgar información.
- El afiliado, la persona o la organización autorizada puede anular este pedido en cualquier momento.

Nombre del solicitante o afiliado (escriba en imprenta) _____

Nombre en letra de imprenta de la persona que completa este formulario, si no es el solicitante o afiliado _____

Autorización de quien completa este formulario para actuar en nombre del solicitante o afiliado _____

Firma del solicitante o afiliado, o su representante legalmente designado _____

Fecha _____

Un representante legalmente designado es una persona a quien se le ha otorgado autorización para actuar en nombre del solicitante o afiliado y posee documentación que lo prueba. Si quien completa este formulario es un representante legalmente designado (tal como el padre o la madre de un menor, un representante de elegibilidad autorizado o un tutor legal designado por un tribunal o un poder notarial), se debe adjuntar una copia del documento legal correspondiente.

SECCIÓN 5 Presente este formulario

Envíe su formulario por correo postal a:
Health Insurance Processing Center.
PO Box 4405
Taunton, MA 02780

Por fax al (857) 323-8300

Presente su formulario personalmente en un Centro de Inscripción de MassHealth (MEC).