

**OFICINA EJECUTIVA DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS  
OFICINA DE MEDICAID (MASSHEALTH)**

**PERMISO PARA RECIBIR E INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CONTENIDA EN EL SISTEMA DE  
EVALUACIÓN CANS (CHILD AND ADOLESCENT NEEDS AND STRENGTHS, *NECESIDADES Y  
FORTALEZAS DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE*) DE MASSHEALTH**

Nombre del afiliado de MassHealth (Afiliado) \_\_\_\_\_

Nombre del evaluador de salud conductual (Evaluador) \_\_\_\_\_

Nombre de la organización proveedora (Proveedor) \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Afiliado) es menor de 21 años y está sometiéndose a una evaluación de salud conductual.

**¿Qué es el CANS?**

Los proveedores de salud conductual (proveedores) usan una herramienta llamada CANS (siglas en inglés de Child and Adolescent Needs and Strengths, *Necesidades y fortalezas del niño y el adolescente*) para recolectar la información clínica de salud conductual de afiliados menores de 21 años. Para los afiliados que se encuentren en tratamiento, un proveedor actualizará regularmente el CANS al menos cada 90 días.

La información recolectada usando la herramienta CANS (información de CANS) ayuda a los proveedores a hacer una serie de cosas, tales como:

- decidir qué servicios de salud conductual podría necesitar un afiliado
- comprobar con el tiempo que los servicios de salud conductual están ayudando al afiliado

**Por qué MassHealth desea obtener y compartir la información de CANS**

MassHealth tiene un sistema computarizado que un proveedor puede usar para ingresar información de CANS cada vez que se hace o actualiza una evaluación de salud conductual. MassHealth desea usar el sistema para acceder a la información de CANS y compartirla con los proveedores y las entidades de atención administrada por MassHealth (organizaciones que manejan y pagan por la atención de un afiliado) con el fin de que tales partes puedan trabajar juntas para asegurarse que los servicios de salud conductual ofrecidos al afiliado cumplan con las necesidades del afiliado. Al compartir la información de CANS por medio del sistema, los proveedores del afiliado también estarán mejor informados sobre sus antecedentes médicos, y ello reducirá la cantidad general de información que tales proveedores deban recolectar del afiliado, como se describe a continuación.

Si usted da su permiso, el Proveedor mencionado anteriormente ingresará cualquier información de CANS que recolecte sobre el afiliado dentro del sistema de MassHealth. Por medio de este sistema, MassHealth podrá acceder a tal información y ponerla a disposición del Proveedor para acceso futuro. MassHealth también usará el sistema para darle al Proveedor acceso a cualquier información de CANS ingresada por otros proveedores del afiliado. Esto permitirá al Proveedor actualizar la información de CANS del afiliado cuando sea necesario, en lugar de volver a hacer todo el CANS otra vez. Si está de acuerdo, MassHealth también usará el sistema para

darle a otros proveedores del afiliado permiso para acceder a la información de CANS ingresada por el Proveedor en el sistema CANS, para que al entender los antecedentes del afiliado no tengan que pedirle al afiliado que repita tanta información. Su permiso también permitirá a MassHealth usar el sistema para darle a una entidad de atención administrada por MassHealth, en la que el afiliado esté inscrito, acceso a la información de CANS recolectada por el Proveedor.

### **Su permiso**

Con su firma a continuación, usted da su permiso para que el Proveedor listado anteriormente:

- ingrese toda la información de CANS sobre el afiliado que recolectó en el sistema de MassHealth
- vea y copie cualquier información de CANS sobre el afiliado que otros proveedores hayan ingresado en el sistema CANS de MassHealth

Con su firma a continuación, usted también da su permiso para que MassHealth use el sistema para compartir la información de CANS recolectada por el Proveedor con:

- el Proveedor indicado en la primera página de este formulario
- la entidad de atención administrada por MassHealth en la que el afiliado esté inscrito en el momento que el CANS se ingrese en el sistema CANS de MassHealth
- otros proveedores a quienes les ha dado permiso

### **Cosas que debe saber**

**Ni MassHealth ni el Proveedor pueden condicionar el tratamiento, pago, la inscripción o elegibilidad para obtener beneficios, sea que usted firme este formulario o decida retirar en el futuro su permiso.**

Si da su permiso para las actividades indicadas anteriormente, el Proveedor ingresará la información de CANS sobre el afiliado en el sistema de MassHealth, y MassHealth accederá a tal información y la compartirá con el Proveedor, otros proveedores a los que se dé el permiso y la entidad de atención administrada del afiliado. Su permiso también le permitirá a MassHealth darle acceso al Proveedor a la información de CANS ingresada en el sistema por los otros proveedores del afiliado. **Observe que aunque usted no proporcione su permiso, MassHealth y el Proveedor aún pueden usar y divulgar la información de CANS sobre el afiliado según lo requiera o lo permita la ley.**

Luego de que la información de CANS se comparta por medio del sistema de MassHealth, la organización que compartió la información ya no podrá controlar cómo se usa o divulga. Las leyes de privacidad que cubren la información de CANS pueden ser diferentes cuando MassHealth, los proveedores o las entidades de atención administrada retengan la información, pero cada organización debe cumplir con las leyes de privacidad que se aplican a ella al usar o divulgar la información.

Usted puede poner una fecha de finalización del permiso en el formulario a continuación. Si no lo hace, el permiso finaliza un año después de que firme este formulario.

Puede cancelar este permiso por escrito en cualquier momento. La cancelación impedirá que el Proveedor y MassHealth usen el sistema de MassHealth para compartir la información de CANS que se recolecte después de que usted cancele su permiso. La información que ya se ha puesto a disposición de MassHealth, las entidades de atención administrada, el Proveedor u otros proveedores autorizados por medio del sistema de MassHealth antes de recibir su cancelación no puede eliminarse.

La cancelación escrita debe:

- decir quién es el afiliado
- dar la fecha de nacimiento del afiliado
- decir quién es usted
- decir si usted es un afiliado, el padre con custodia legal del afiliado, o explicar porqué puede actuar en nombre del afiliado
- decir que está cancelando su permiso para ingresar y compartir la información de CANS en línea

Debe entregar la cancelación escrita al Proveedor en la dirección indicada en la primera página de este formulario. El Proveedor luego debe notificarle a MassHealth enviando por correo electrónico una copia escaneada de la carta de cancelación escrita a: CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US

### **Su firma**

**Al firmar este formulario de permiso, usted está dando permiso para los usos y divulgaciones de la información de CANS sobre el afiliado como se indica anteriormente. También está diciendo: que ha leído todo el formulario y lo ha firmado voluntariamente y que tiene derecho a obtener una copia firmada del formulario.**

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta de la persona que firma el permiso

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que firma el permiso

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma (fecha de inicio del permiso)

\_\_\_\_\_  
Fecha en que finaliza el permiso (Si no hay una fecha escrita en esta línea, el permiso finalizará un año después de la fecha de firma.)

Por favor marque la razón por la cual usted firma este permiso según la ley.

\_\_\_\_\_ Soy el afiliado. Tengo 18 años de edad o más. Si no tengo 18 años de edad o más, puedo dar mi permiso por otras razones que contempla la ley.

\_\_\_\_\_ Soy el padre con custodia legal del afiliado.

\_\_\_\_\_ Puedo actuar en nombre del afiliado para permitir la entrega de su información médica. He adjuntado un documento legal que demuestra por qué puedo hacerlo.

**Recordatorio al Proveedor: Debe entregarse una copia firmada de este formulario al afiliado o cuidador. Si más tarde el afiliado o cuidador cancela este consentimiento, debe enviar por correo electrónico una copia escaneada de la carta de cancelación a:  
CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US**