Commonwealth of Massachusetts
Executive Office of Health and Human Services

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth

## Instrucciones para completar el suplemento

Usted ha indicado en su solicitud de MassHealth que 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 Service - DES, por sus siglas en inglés) revisarán su solicitud de discapacidad para MassHealth. Es muy importante que usted complete este Suplemento de discapacidad.

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

* sus proveedores de servicios médicos y de salud mental. Estos pueden incluir médicos, sicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas de los cuales usted reciba o haya recibido tratamiento; y
* usted: su historia laboral en los últimos 15 años, su nivel de estudios y sus actividades diarias.

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 *formulario de autorización para divulgar información de salud protegida* 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 sus archivos médicos e información sobre su tratamiento a los proveedores que usted haya nombrado. Si usted tiene en su poder alguno de sus archivos médicos, por favor envíe una copia con este formulario. Si se llegara a necesitar más información o exámenes, un miembro del DES se comunicará con usted. Su elegibilidad se determinará más rápidamente 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, debe llenarla adicionalmente a este formulario. Si tiene preguntas sobre cómo hacer su 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 usted está discapacitado.

## Información sobre usted

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 de teléfono celular
Número telefónico del trabajo/otro número

Es posible que tengamos que hacerle una cita con el médico. ¿Cuáles son los horarios más convenientes para que usted vaya a una cita? Por favor marque todos los horarios que sean mejores para usted.
Cualquier hora/día
Lunes A.M.
Martes A.M.
Miércoles A.M.
Jueves A.M.
Viernes A.M.
Lunes P.M.
Martes P.M.
Miércoles P.M.
Jueves P.M.
Viernes P.M.

¿Solicitó beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI? Sí no
Si respondió sí, ¿fue a ver a un médico para que le hiciera un examen?
Nombre del médico
Fecha del examen

# Parte 1. Sus problemas de salud

Enumere y describa todos sus problemas médicos y de salud mental. Si está recibiendo tratamiento para el problema, por favor díganos qué tipo de tratamiento.

MUESTRA
Liste sus problemas médicos y/o de salud mental. Depresión
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud. Siempre estoy cansado/a. Me cuesta trabajo levantarme en las mañanas. Lloro mucho durante el día. No puedo controlar mi llanto.
Fecha en que empezó el problema. Abril 2010
Medicamentos/tratamiento Ninguno

MUESTRA
Liste sus problemas médicos y/o de salud mental. Dolor de espalda
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud. El dolor empieza en la parte baja de la espalda y me baja por la pierna.
Fecha en que empezó el problema. Junio 2007
Medicamentos/tratamiento Skelexin

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

Liste sus problemas médicos y/o de salud mental.
Describa los síntomas o el dolor relacionados con cada problema de salud.
Fecha en que empezó el problema.
Medicamentos/tratamiento

¿Alguno de sus problemas de salud empezó debido a un accidente o lesión? sí no
Si respondió sí, por favor explique brevemente.

# Parte 2. Información sobre todos sus proveedores de servicios médicos y de salud mental

El año pasado, ¿recibió atención médica? Sí no

Si respondió sí, por favor enumere todos los proveedores de servicios médicos y de servicios de salud mental que le hayan dado tratamiento a cualquiera de sus problemas de salud desde que éstos empezaron. Los proveedores de servicios médicos y de salud mental pueden incluir médicos, sicólogos, terapeutas, trabajadores sociales, fisioterapeutas, quiroprácticos, hospitales, centros de salud y clínicas que le dan 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
Razón de la consulta
¿Fue esta consulta en el último año? sí no

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental
Razón de la consulta
¿Fue esta consulta en el último año? sí no

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental
Razón de la consulta
¿Fue esta consulta en el último año? sí no

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental
Razón de la consulta
¿Fue esta consulta en el último año? sí no

Nombre de los proveedores de servicios médicos y de salud mental
Razón de la consulta
¿Fue esta consulta en el último año? sí no

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 se encuentran al final de este paquete. Si necesita más copias de la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame 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) o descargue el formulario en [www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms](http://www.mass.gov/service-details/masshealth-member-forms).

# Parte 3. Su lugar de vivienda

¿En dónde vive? (Marque una respuesta.)
Casa o departamento
Casa grupal
Instalaciones del estado
Centro de enfermería
Hospital de rehabilitación
Sin hogar
Otro (describa)

# Parte 4. Lo que usted puede hacer

¿Es usted diestro/derecho? zurdo/izquierdo?

¿Sus problemas médicos o de salud mental le dan dificultades para realizar cualquiera de las siguientes actividades?

MUESTRA
Vestirse y bañarse
Si respondió sí, marque aquí X
Si respondió sí, por favor explique a continuación. El dolor en mi hombro no me deja levantar el brazo por encima de la cabeza. Por eso me cuesta trabajo ponerme la camisa o lavarme el cabello.

MUESTRA
Trabajo doméstico regular
Si respondió sí, marque aquí X
Si respondió sí, por favor explique a continuación. Cuando estoy deprimido/a, no me importa si mi casa no está limpia.

Sentarse
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Estar de pie
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Caminar
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Agacharse
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Estirarse para alcanzar algo
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Levantar cosas
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Recordar
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Ver
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Oír
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Usar las manos
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Vestirse y bañarse
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Trabajo doméstico regular
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Escuchar música
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Mirar televisión
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Usar la computadora
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Leer
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Hablar por teléfono
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Salir de la casa
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Dar un paseo
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Ir de compras
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Ir al médico
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Visitar a familiares y amigos
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Ir a la escuela
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Manejar dinero/usar el cajero automático (ATM)
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Conducir un auto
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Tomar el bús, el tren o un taxi
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Hacer deporte
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

Otro (describa)
Si respondió sí, marque aquí
Si respondió sí, por favor explique a continuación.

# Parte 5. Su idioma

¿Habla inglés? sí no limitado
¿Entiende inglés? sí no limitado
¿Lee inglés? sí no limitado
¿Escribe inglés? sí no limitado
¿Cuál es su primer idioma?
¿Puede leer en su primer idioma? sí no limitado
¿Puede escribir en su primer idioma? sí no limitado

# Parte 6. Educación

1. Marque el grado escolar más alto que haya terminado.
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
GED
Título de asociado
Título de licenciatura

¿En qué año terminó este grado?
¿Dónde estudió?
¿Repitió algún grado? sí no
¿Estuvo en educación especial? sí no no está seguro

¿Terminó más de 12 años de escuela? sí no
Si respondió sí, por favor escriba su grado y concentración (major)

¿Recibió alguna otra capacitación? sí no
Si respondió sí, por favor llene las secciones a continuación.

Tipo de capacitación Oficios relacionados con la construcción
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Electrónica
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Cocina
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Mecánica automotriz
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Computadoras
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Peluquería
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Cosmetología
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Auxiliar de enfermería
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

Tipo de capacitación Secretariado
Año
¿Terminó? sí no
¿Certificación/Licencia? sí no

# Parte 7. Su trabajo

¿Trabaja actualmente? sí no
Si respondió no, ¿cuándo dejó de trabajar? Fecha

¿Alguna de sus condiciones físicas o de salud mental le causó problemas en el trabajo? sí no
Si respondió sí, explique.

Liste todos los trabajos que haya tenido en los últimos 15 años lo mejor que pueda. Si no sabe las fechas exactas, escriba la que se acerque más. Empiece con el trabajo que tiene ahora o con su último trabajo. Si necesita más espacio, puede usar una hoja adicional; también puede anexar su hoja de vida (resume) si la tiene.

Aquí tiene una muestra

MUESTRA
Nombre del puesto
Fechas en que trabajó ahí Desde (Mes/Año): Mayo 2012
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?
¿Cuánto le pagaban por hora?
Razón para dejar este trabajo

Nombre del puesto
Fechas en que trabajó ahí Desde (Mes/Año): Mayo 2012
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?
¿Cuánto le pagaban por hora?
Razón para dejar este trabajo

Nombre del puesto
Fechas en que trabajó ahí Desde (Mes/Año): Mayo 2012
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?
¿Cuánto le pagaban por hora?
Razón para dejar este trabajo

Nombre del puesto
Fechas en que trabajó ahí Desde (Mes/Año): Mayo 2012
Tareas del puesto (Liste todo lo que tenía que hacer.)
¿Cuántas horas a la semana trabajaba?
¿Cuánto le pagaban por hora?
Razón para dejar este trabajo

Marque cada una de las cosas que hace en su trabajo. Si no trabaja, marque las cosas que hizo en su último trabajo.
Hacer trámites
Usar la computadora
Ensamblaje
Manejar máquinas
Archivar
Servir a personas
Contar y empacar
Construcción
Usar el teléfono
Conducir auto o camión
Mover cosas
Limpiar
Usar máquinas de oficina
Usar caja registradora
Manejar un montacargas
Usar herramientas eléctricas
Usar herramientas manuales
Otro (por favor describa)

Encierre en un círculo el número de horas en que hace cada actividad en su trabajo. Si no trabaja, encierre en un círculo el número de horas en que hizo cada actividad en su último trabajo.

Actividad Caminar o estar de pie
Horas en un día
0
1
2
3
4
5
6
7
8

Actividad Estar sentado
Horas en un día
0
1
2
3
4
5
6
7
8

Actividad Estirarse para alcanzar algo
Horas en un día
0
1
2
3
4
5
6
7
8

Marque el peso que levanta o carga con más frecuencia
Menos de 10 lbs.
10 lbs.
20 lbs.
25 lbs.
50 lbs.
100 lbs.
Más de 100 lbs.

Marque el máximo peso que levanta
Menos de 10 lbs.
10 lbs.
20 lbs.
25 lbs.
50 lbs.
100 lbs.
Más de 100 lbs.

# Parte 8. Sus comentarios

Use este espacio para escribir cualquier información adicional acerca de por qué usted no puede trabajar.

# Parte 9. Su firma y sus derechos

## ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE.

Usted tiene derecho a la privacidad. La información en este formulario es confidencial. Se tomarán todas las precauciones posibles para asegurar sus derechos a la privacidad.

Firma del solicitante/tutor/representante de elegibilidad
Fecha

### Representante autorizado

Si este formulario está siendo completado por alguien con la autoridad legal para proceder a nombre del solicitante/afiliado (tal como el padre/la madre de un hijo adulto con discapacidad o cónyuge, un representante autorizado o un tutor legal), sírvase proporcionarnos 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 solicitante/afiliado

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

Usted puede escoger a un representante autorizado para que le ayude con algunas o todas las responsabilidades de solicitar o recibir beneficios médicos.

Usted puede hacer esto al llenar un *Formulario del designación de representante autorizado* de MassHealth (ARD, por sus siglas en inglés). Si desea solicitar el formulario ARD, llame al Servicio al Cliente de MassHealth al (800) 841-2900 (TTY: (800) 497-4648 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla).

### Ayuda con este formulario

¿Necesitó ayuda para llenar este formulario? sí no
Si respondió sí, ¿por qué necesitó ayuda?

### RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

* completar una *Autorización para divulgar información de salud protegida* para cada uno de los proveedores de servicios médicos o de salud mental enumerados en la página 2?
* firmar todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida*?
* firmar el suplemento de discapacidad anterior?
* incluir un Formulario de designación del 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.

MADS-MR-ES-0721