

Suplemento de discapacidad para adultos de MassHealth



Commonwealth of Massachusetts | Executive Office of Health and Human Services

Instrucciones para completar el suplemento

En su solicitud de MassHealth, usted ha indicado que tiene una discapacidad. Los estándares de discapacidad exigen que la discapacidad haya durado, o se espera que dure, por lo menos 12 meses. Para asegurar su elegibilidad para recibir la cobertura de MassHealth, los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES) analizarán su solicitud, incluido este *Suplemento de discapacidad*.

Para recibir la cobertura de MassHealth de acuerdo con su discapacidad, usted tiene que darnos información sobre

- sus proveedores de servicios médicos y de salud mental; y
- su historia laboral de los 5 últimos años.

Al completar el *Suplemento de discapacidad* en su totalidad, usted nos brindará la información que necesitamos para tomar una decisión rápida.

Antes de comenzar, por favor, lea las siguientes instrucciones.

- Complete el suplemento lo mejor que pueda, con letra de imprenta o escriba con claridad.
- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* por cada proveedor de servicios médicos y de salud mental que haya nombrado en el suplemento.
- Después de haber completado el suplemento, envíelo a
Disability Evaluation Services (DES)
PO Box 2796
Worcester, MA 01613-2796

Los DES les pedirán su historia clínica y un informe de sus tratamientos a los proveedores que usted nombró. Si usted tiene alguno de estos archivos, por favor, envíe una copia junto con este formulario. Si se llegara a necesitar más información o pruebas médicas, un miembro de los DES se comunicará con usted. Su elegibilidad se determinará más rápidamente si todas las secciones del suplemento están completas.

Esto no es una solicitud de beneficios médicos. Si usted aún no ha completado una solicitud de MassHealth, debe llenarla, además de este formulario. Si tiene preguntas sobre cómo solicitar beneficios, por favor, llame al Servicio al cliente de MassHealth, al (800) 841-2900. Llame al TDD/TTY: 711 si usted tiene sordera, dificultad auditiva o discapacidad del habla.

Si necesita ayuda para completar este formulario, puede llamar a un representante de los DES, al (800) 888-3420.

Complete todas las secciones de este formulario.

Si no lo hace, es posible que no podamos determinar si usted tiene una discapacidad.

Información sobre usted

Sexo asignado al nacer

- Masculino
 Femenino

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su identidad de género actual?

- Masculino
 Femenino
 Hombre transgénero o transexual masculino
 Mujer transgénero o transexual femenina
 Intergénero o cuirgénero, inconformidad de género, no binario o ni exclusivamente masculino ni femenino
- Identidad de género no indicada
Por favor, especifique _____
 No lo sé
 Prefiero no responder

Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre

Los 4 últimos dígitos del Número de Seguro Social | ID de MassHealth o Medicaid | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Dirección, núm. de departamento # | Ciudad | Estado | Código postal

Número de teléfono del hogar | Número de teléfono celular | Dirección de correo electrónico

¿Dónde vive usted? (Marque uno).

- Casa o departamento Propiedad estatal Hospital de rehabilitación Residencia grupal
 Centro de convalecencia No tiene hogar Otro (describa) _____

¿Solicitó usted beneficios del Seguro Social o de SSI/SSDI? sí no

¿Le han otorgado algún beneficio de SSI/SSD? sí no

Si tiene una copia de la carta de otorgamiento, por favor, adjúntela a este suplemento.

PARTE 1 Sus problemas de salud

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

Problema médico o de salud mental

Describa los síntomas o el dolor relacionado con el problema

Fecha en la que empezó el problema

Medicamentos/tratamiento

Problema médico o de salud mental

Describa los síntomas o el dolor relacionado con el problema

Fecha en la que empezó el problema

Medicamentos/tratamiento

Problema médico o de salud mental

Describa los síntomas o el dolor relacionado con el problema

Fecha en la que empezó el problema

Medicamentos/tratamiento

¿Empezó alguno de sus problemas de salud por causa de un accidente o lesión? sí no

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

¿Es usted (marque uno): diestro(a)? zurdo(a)?

PARTE 2 Información sobre todos sus proveedores de servicios médicos y de salud mental

Por favor, nombre todos los proveedores de servicios médicos y de salud mental que le hayan dado tratamiento desde que sus problemas empezaron. Un proveedor de servicios médicos o de salud mental puede ser un médico, psicólogo, terapeuta, trabajador social, fisioterapeuta, quiropráctico, hospital, centro de salud o una clínica que le brinde tratamiento. Si le hace falta espacio, puede escribir en una hoja aparte.

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental

Motivo de la consulta

¿Realizó esta consulta en los 12 últimos meses? sí no

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental

Motivo de la consulta

¿Realizó esta consulta en los 12 últimos meses? sí no

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental

Motivo de la consulta

¿Realizó esta consulta en los 12 últimos meses? sí no

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental

Motivo de la consulta

¿Realizó esta consulta en los 12 últimos meses? sí no

Nombre del proveedor de servicios médicos o de salud mental

Motivo de la consulta

¿Realizó esta consulta en los 12 últimos meses? sí no

Por favor, complete un formulario de **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 cada formulario y ponerle fecha. Estos formularios se encuentran al final de este paquete. Si necesita más copias de la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame al servicio al cliente de MassHealth, al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711 o descargue el formulario en mass.gov/lists/masshealth-member-forms.

PARTE 3 Su idioma

¿Habla inglés? sí no

¿Entiende inglés? sí no

¿Lee inglés? sí no

¿Escribe inglés? sí no

¿Cuál es su idioma de preferencia? _____

¿Lee en su idioma de preferencia? sí no

¿Escribe en su idioma de preferencia? sí no

PARTE 4 Educación

Marque el grado escolar más alto que haya terminado.

K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

GED Diplomatura Colegio universitario

¿En qué año terminó este grado? _____ ¿Dónde estudió? _____

¿Repitió algún grado? sí no

¿Recibió alguna ayuda o acomodación especial en la escuela? sí no no estoy seguro(a)

¿Tiene alguna discapacidad de aprendizaje? sí no no estoy seguro(a)

¿Recibió educación especial? sí no no estoy seguro(a)

¿Terminó más de 12 años de escuela? sí no

Si respondió **sí**, por favor, indique su título y carrera _____

¿Recibió alguna otra capacitación? sí no

Si respondió **sí**, por favor complete las siguientes secciones.

Tipo de capacitación

Año ¿Terminó? sí no ¿Obtuvo certificado o licencia? sí no

Tipo de capacitación

Año ¿Terminó? sí no ¿Obtuvo certificado o licencia? sí no

Tipo de capacitación

Año ¿Terminó? sí no ¿Obtuvo certificado o licencia? sí no

PARTE 5 Sus empleos de los 5 últimos años

¿Trabaja usted actualmente? sí no

Si respondió **no**, ¿cuándo dejó de trabajar? Fecha ____ / ____ / ____

Alguna de sus afecciones médicas o trastornos de salud mental, ¿le causó problemas en el trabajo? sí no

Si respondió **sí**, explique

Indique todos sus empleos de los 5 últimos años. Hágalo lo mejor que pueda. Si no sabe las fechas exactas, escriba las que se acerquen más.

Empiece con el empleo que tiene ahora o con su último empleo.

Si tiene otros empleos para agregar (de los 5 últimos años), por favor, incluya información en este formulario.

1. Nombre del puesto: _____ Período trabajado: Desde (mes/año): _____ Hasta (mes/año): _____

Tareas del puesto (escriba todo lo que hacía):

¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____ ¿Cuánto le pagaban por hora? _____

Marque el peso que levantaba o acarreaba con más frecuencia (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

Marque el máximo peso que haya levantado (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

¿Cuántas horas por día hacía cada una de las siguientes actividades?

Caminar _____ Estirarse _____ Agacharse _____ Manipular objetos pequeños _____

Permanecer de pie _____ Permanecer sentado(a) _____ Manipular objetos grandes _____

Motivo por el que dejó el empleo

2. Nombre del puesto: _____ Período trabajado: Desde (mes/año): _____ Hasta (mes/año): _____

Tareas del puesto (escriba todo lo que hacía):

¿Cuántas horas trabajaba por semana? _____ ¿Cuánto le pagaban por hora? _____

Marque el peso que levantaba o acarreaba con más frecuencia (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

Marque el máximo peso que haya levantado (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

¿Cuántas horas por día hacía cada una de las siguientes actividades?

Caminar _____ Estirarse _____ Agacharse _____ Manipular objetos pequeños _____

Permanecer de pie _____ Permanecer sentado(a) _____ Manipular objetos grandes _____

Motivo por el que dejó el empleo

3. Nombre del puesto:	Período trabajado: Desde (mes/año):	Hasta (mes/año):
-----------------------	-------------------------------------	------------------

Tareas del puesto (escriba todo lo que hacía):

¿Cuántas horas trabajaba por semana?	¿Cuánto le pagaban por hora?
--------------------------------------	------------------------------

Marque el peso que levantaba o acarreaba con más frecuencia (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

Marque el máximo peso que haya levantado (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

¿Cuántas horas por día hacía cada una de las siguientes actividades?

Caminar _____ Estirarse _____ Agacharse _____ Manipular objetos pequeños _____

Permanecer de pie _____ Permanecer sentado(a) _____ Manipular objetos grandes _____

Motivo por el que dejó el empleo

4. Nombre del puesto:	Período trabajado: Desde (mes/año):	Hasta (mes/año):
-----------------------	-------------------------------------	------------------

Tareas del puesto (escriba todo lo que hacía):

¿Cuántas horas trabajaba por semana?	¿Cuánto le pagaban por hora?
--------------------------------------	------------------------------

Marque el peso que levantaba o acarreaba con más frecuencia (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

Marque el máximo peso que haya levantado (marque uno):

Menos de 10 libras 10 libras 20 libras 25 libras 50 libras más de 50 libras

¿Cuántas horas por día hacía cada una de las siguientes actividades?

Caminar _____ Estirarse _____ Agacharse _____ Manipular objetos pequeños _____

Permanecer de pie _____ Permanecer sentado(a) _____ Manipular objetos grandes _____

Motivo por el que dejó el empleo

PARTE 6 Sus comentarios

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

PARTE 7 Su firma y sus derechos

SE DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN.

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

Importante: Si este formulario está siendo completado por alguien con la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante, esa persona debe firmar a continuación y adjuntar la correspondiente documentación legal completa (por ejemplo, un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD), un formulario de tutela o un formulario de poder notarial).

Al firmar la presente solicitud a continuación, certifico bajo pena de perjurio que las presentaciones y declaraciones que he brindado son verdaderas y completas a mi leal saber y entender, y que estoy de acuerdo en aceptar y cumplir con los derechos y responsabilidades de los programas de MassHealth y Health Connector indicados anteriormente.

Firma del Solicitante o del Representante autorizado/Tutor _____

Nombre en imprenta _____ Fecha ____ / ____ / ____

Para solicitar un formulario de ARD, llame al Centro de servicio al cliente de MassHealth, al (800) 841-2900, TDD/TTY: 711. También puede descargarlo en línea, en mass.gov/doc/authorized-representative-designation-form-1/download.

Posiblemente los DES envíen copias de los avisos al representante autorizado. Su firma no autoriza a que los DES reciban su historia clínica. Por favor, complete y firme el formulario adjunto de *Autorización para divulgar información de salud protegida*.

AYUDA CON ESTE FORMULARIO

¿Necesitó ayuda para completar este formulario? sí no

Si respondió **sí**, ¿por qué necesitó ayuda?

RECORDATORIO

¿Se acordó usted de

- completar un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* por cada uno de los proveedores de servicios médicos o de salud mental nombrados en la Parte 2?
- firmar todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida*?
- firmar el *Suplemento de discapacidad* indicado anteriormente?
- incluir un *Formulario de designación del representante autorizado* (ARD), un formulario de tutela u otro documento legal completo y firmado, si fueran necesarios?
- llamar a un representante de los DES al (800) 888-3420 si necesita ayuda para completar este formulario?

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud de su proveedor de servicios de salud para que los DES puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

Si usted necesita ayuda para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame a un representante de los DES al (800) 888-3420.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "Sí" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

- Sí Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado

Fecha

Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud de su proveedor de servicios de salud para que los DES puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

Si usted necesita ayuda para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame a un representante de los DES al (800) 888-3420.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "Sí" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

- Sí Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado

Fecha

Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud de su proveedor de servicios de salud para que los DES puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

Si usted necesita ayuda para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame a un representante de los DES al (800) 888-3420.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "Sí" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

- Sí Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado

Fecha

Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud de su proveedor de servicios de salud para que los DES puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

Si usted necesita ayuda para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame a un representante de los DES al (800) 888-3420.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "Sí" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

- Sí Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado

Fecha

Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.

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) no podrán tomar una determinación con respecto a su discapacidad. Usted podría perder sus beneficios de MassHealth o se los podrían reducir.

Instrucciones

La presente *Autorización para divulgar información de salud protegida* de MassHealth nos permite obtener su información de salud de su proveedor de servicios de salud para que los DES puedan tomar una determinación respecto a una discapacidad.

Antes de empezar, por favor, lea atentamente las instrucciones. Si usted deja secciones en blanco en este formulario o no lo completa de manera correcta, el consentimiento no tendrá validez. Su proveedor de servicios de salud no podrá compartir con los DES su información de salud protegida.

- Firme y ponga fecha a un formulario de *Autorización para divulgar información de salud protegida* **aparte** por **cada** médico, hospital, centro de salud, clínica u otro proveedor de servicios de salud que usted haya nombrado en el Suplemento de discapacidad.
- Todos los formularios de *Autorización para divulgar información de salud protegida* deben ser completados con tinta negra o azul y deben ser originales. No se aceptan los formularios completados y firmados con lápiz. No se permiten las copias ni los sellos de las firmas. Se aceptan las firmas electrónicas.
- Puede haber una sola firma en un renglón.
- Las autorizaciones de divulgación enviadas por correo electrónico, fax o correo postal se aceptan si tienen firma válida.
- Si este formulario es para un(a) niño(a) menor de 18 años, el padre, la madre o el tutor legal debe firmar por él(ella).
- Los tutores legales deben adjuntar una copia completa del formulario que los autoriza a actuar en nombre del solicitante.

Si usted necesita ayuda para completar la *Autorización para divulgar información de salud protegida*, llame a un representante de los DES al (800) 888-3420.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

Este pedido de información de salud protegida respalda la solicitud de beneficios públicos presentada por esta persona. Conforme a la 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*, autorizo a mi proveedor de servicios de salud a que comparta mi información de salud protegida con los Servicios de Evaluación de Discapacidad (DES). Este formulario permitirá que mis médicos compartan mi información de salud protegida con los 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. Si la información se vuelve a revelar, podría dejar de estar sujeta a las leyes federales o estatales que protegen su confidencialidad.
- También entiendo que determinada información confidencial de salud posee protecciones especiales. Dicha información confidencial de salud incluye expedientes sobre infección de VIH, SIDA, pruebas genéticas y trastornos psicológicos o psiquiátricos. Esta información confidencial 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 título 42 CFR, parte 2, no permite que un programa que brinde diagnóstico, tratamiento o referidos para el tratamiento de trastornos por consumo de sustancias comparta sin mi autorización información que haya creado, recibido u obtenido sobre mi salud.

SECCIÓN 1: Información sobre el solicitante de MassHealth

Nombre	Fecha de nacimiento
Dirección	
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono

SECCIÓN 2: Información del proveedor de atención de salud

Nombre del médico, centro de salud u otro proveedor de servicios de salud		
Dirección	Piso nro.	Oficina nro.
Ciudad, estado, código postal	Número de teléfono	

SECCIÓN 3: Información confidencial de salud para compartir con los DES

Por favor, marque "Sí" para indicar que usted autoriza que se divulgue la siguiente información, si figura en su expediente.

- Sí Información de salud mental o psiquiátrica
- Sí Información de VIH, SIDA, enfermedades de transmisión sexual
- Sí Pruebas genéticas. Consulte la M.G.L. c. 111 § 70G
- Sí Información sobre consumo de sustancias

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 o representante legal autorizado

Fecha

Relación con el solicitante o autorización para actuar en nombre del solicitante

Si este formulario está siendo completado por un representante legal autorizado, por favor, adjunte una copia completa del documento que lo autoriza a actuar en nombre del solicitante.

A menos que ya se haya actuado de conformidad con ella, o durante un período de impugnación según las leyes pertinentes, entiendo que puedo revocar la presente autorización en cualquier momento enviando una solicitud por escrito a: Disability Evaluation Services, PO Box 2796, Worcester, MA 01613.