

# MASSHEALTH: Formulario de autorización para divulgar información (PSI)



**Use este formulario** si desea autorizar a MassHealth para que:

- hable con otra persona u organización sobre su elegibilidad,
- envíe copias de sus avisos de elegibilidad a tal persona u organización, o
- envíe copias de sus expedientes a otra persona u organización.

**Complete todas las preguntas de la Sección 2** si desea autorizar a MassHealth para que hable con otra persona u organización sobre su elegibilidad y les envíe copias de sus avisos de elegibilidad. (No complete la Sección 3 a menos que usted solicite que MassHealth divulgue copias de sus expedientes.) Esta persona u organización podría ser:

- un familiar, un amigo u otra persona de confianza,
- alguien que le asiste con sus cuidados,
- alguien que le ayuda a completar los formularios de MassHealth, o
- un trabajador social, abogado o grupo de defensa de la atención de salud.

**Complete todas las preguntas de la Sección 3** si desea autorizar a que MassHealth envíe copias de sus expedientes a otra persona u organización. (Complete la Sección 3 únicamente si usted solicita que MassHealth divulgue copias de sus expedientes.) Sus expedientes podrían incluir la siguiente información:

- Reclamos de MassHealth por los servicios que usted recibió,
- Solicitudes de MassHealth anteriores y la información correspondiente que nos envió,
- Avisos de MassHealth anteriores que le enviaron

**No use este formulario** si usted quiere:

- información sobre sí mismo/a,
- copias de sus propios expedientes,
- información sobre sus niños que sean menores de 18 años (Generalmente puede obtener esta información sin completar ningún formulario.),
- información de su elegibilidad y de los pagos para enviarla a su proveedor de servicios de salud. (Su proveedor de servicios de salud puede obtener información sobre su elegibilidad para recibir MassHealth y sobre el pago por los servicios que le prestaron sin completar ningún formulario.), o
- crear un estado de representante de apelaciones relacionado con una Audiencia imparcial. (Usted deberá completar las secciones correspondientes al *Formulario de solicitud de audiencia justa*, FHR-1, O BIEN completar un *Formulario de designación del representante autorizado*, ARD, vigente. Las versiones vigentes de ambos formularios están disponibles en [www.mass.gov/service-details/mashealth-member-forms](http://www.mass.gov/service-details/mashealth-member-forms).)

Importante: Si usted decide que quiere completar este formulario, debe rellenar todas las secciones correspondientes. Por favor, escriba claramente en imprenta y recuerde **firmar y fechar en la Sección 7**. Si un representante legal completa este formulario, deberá **firmar y escribir la fecha en la Sección 8**.

## SECCIÓN 1 Nombre del solicitante o afiliado de MassHealth

Yo autorizo a MassHealth y a sus representantes a divulgar la información indicada en la Sección 2 o la Sección 3 acerca de:

Nombre del solicitante o afiliado cuya información será divulgada\*

Calle*	Ciudad*	Estado*	Código postal*
Fecha de nacimiento*	Número de teléfono		

Número de ID de MassHealth\* \_\_\_\_\_

O BIEN los cuatro últimos dígitos del SSN\* del solicitante o afiliado \_\_\_\_ \_

**Tenga en cuenta que:** Los campos que tienen un asterisco (\*) son obligatorios. Si usted no tiene el número de identificación (ID) de MassHealth, denos los cuatro últimos dígitos de su Número de Seguro Social (SSN), si lo tiene. Si usted solicita o recibe los beneficios únicamente de MassHealth Limited, de Children's Medical Security Plan (CMSP, *Plan de seguridad médica para niños*), o de Healthy Start, entonces no necesitaremos su SSN.

## SECCIÓN 2 Autorización para que MassHealth hable sobre sus datos de elegibilidad y envíe copias de sus avisos de elegibilidad

La persona u organización que usted indicó en la Sección 4 podrá comunicarse con MassHealth para recibir la información descrita en la casilla marcada a continuación.

Yo autorizo a que MassHealth:

- hable sobre mis datos de elegibilidad,
- hable sobre mis beneficios de MassHealth, y
- envíe copias de mis avisos de elegibilidad a la persona u organización indicada en la **Sección 4**.

**Tenga en cuenta que:** Estos avisos podrían incluir información económica. Marque esta casilla únicamente si quiere que

la persona u organización indicada en la Sección 4 pueda comunicarse con MassHealth para obtener información de elegibilidad y copias de sus avisos de elegibilidad.

Si usted marca esta casilla, MassHealth le enviará copias de sus avisos de elegibilidad a la persona u organización indicada en la Sección 4. Dicha persona u organización también podrá pedir copias de sus avisos de elegibilidad. Estos avisos contienen información sobre los integrantes del hogar. Si usted marca esta casilla, cada integrante de su hogar que sea mayor de 18 años deberá completar y firmar un formulario de PSI aparte.

¿Autoriza a MassHealth para que también divulgue datos sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol?

- Sí. MassHealth puede divulgar información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol.
- No. MassHealth no puede divulgar información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol.

**Tenga en cuenta que:** Si usted autorizó a MassHealth para que divulgue su información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol a efectos de actividades administrativas de pago o de atención de salud, el autorizado tiene permiso de comunicar la información sobre sus tratamientos por consumo de drogas y alcohol a los contratistas, subcontratistas o representantes legales para que realicen en su nombre las actividades administrativas de pago o de atención de salud.

### SECCIÓN 3 Autorización para que MassHealth divulgue copias de sus expedientes

La persona u organización que usted indicó en la Sección 4 podrá recibir copias de los expedientes descritos en la casilla marcada a continuación.

- Reclamos de MassHealth por servicios que usted recibió desde (mes/año) \_\_\_\_\_ hasta (mes/año) \_\_\_\_\_.
- Solicitudes anteriores de MassHealth y la información correspondiente desde (mes/año) \_\_\_\_\_ hasta (mes/año) \_\_\_\_\_.
- Avisos anteriores de MassHealth que le enviaron desde (mes/año) \_\_\_\_\_ hasta (mes/año) \_\_\_\_\_.
- Otros (por favor especifique) \_\_\_\_\_

¿Autoriza a MassHealth para que también divulgue información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol?

- Sí. MassHealth puede divulgar copias de información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol.
- No. MassHealth no puede divulgar copias de información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol.

**Tenga en cuenta que:** Si usted autorizó a MassHealth para que divulgue su información sobre tratamientos por consumo de drogas y alcohol a efectos de actividades administrativas de pago o de atención de salud, el autorizado tiene permiso de comunicar la información sobre sus tratamientos por consumo de drogas y alcohol a los contratistas, subcontratistas o representantes legales para que realicen en su nombre las actividades administrativas de pago y/o de atención de salud.

### SECCIÓN 4 ¿A quién desea que le divulguemos su información?

En esta sección, escriba el nombre de UNA SOLA persona u organización. Usted debe completar otro formulario de PSI si quiere nombrar a más de una persona u organización. Los campos que tienen un asterisco (\*) son obligatorios.

MassHealth puede divulgar la información indicada en la Sección 2 o la Sección 3 a:

Nombre de la persona u organización\*

A la atención de (nombre de la persona en la organización a quien enviar el correo)

Calle\*

Ciudad\*

Estado\*

Código postal\*

Número de teléfono

Correo electrónico

### SECCIÓN 5 ¿Por qué desea que divulguemos su información?

Explíquenos por qué quiere que divulguemos la información indicada en la Sección 2 o la Sección 3. Si deja esta sección en blanco, interpretaremos que usted quiere decir "a petición mía".

---

---

### SECCIÓN 6 Vencimiento de la autorización

La presente PSI vencerá a los 12 meses a menos que usted escriba otra fecha aquí. Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## SECCIÓN 7 Su firma

Yo entiendo lo siguiente.

- Cuando la persona u organización indicada en la Sección 4 obtiene esta información de MassHealth, puede comunicarla a terceros sin mi autorización. Si comunica mi información, es posible que las leyes federales y estatales no protejan dicha información.
- Debo enviar la presente PSI a la dirección asignada en la Sección 9.
- Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento enviando una carta a:  
Health Insurance Processing Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780
- Si yo revoco mi autorización, MassHealth no podrá retirar ninguna información que haya sido divulgada mientras tenía mi autorización para hacerlo.
- Si yo no autorizo a que MassHealth divulgue información, o si revoco mi autorización para divulgar información a la persona u organización indicada en la Sección 4, bajo ninguna circunstancia se afectarán mis beneficios de MassHealth.
- En determinadas circunstancias, MassHealth no podrá divulgar ninguna información.

Nombre del solicitante o afiliado (escriba en imprenta)

Firma del solicitante o afiliado\*

Fecha (mm/dd/aaaa)\*: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Los campos que tienen un asterisco (\*) son obligatorios.

## SECCIÓN 8 Firma del representante legal

Complete la siguiente sección, si quien rellena este formulario es una persona que tiene la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o del afiliado (tal como el padre o la madre de un menor, un representante de elegibilidad autorizado o un tutor legal).

Escriba en imprenta el nombre de quien completa este formulario \_\_\_\_\_

Firma de quien completa este formulario \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Autoridad legal de quien completa este formulario para actuar en nombre del solicitante o afiliado:\*\* \_\_\_\_\_

\*\* Si quien completa este formulario tiene la autoridad para actuar en nombre del solicitante o del afiliado, tal como un tutor legal designado por un tribunal o un poder notarial, se debe adjuntar una copia del documento legal correspondiente.

## SECCIÓN 9 ¿Cómo puedo presentar este formulario?

Envíe su formulario por correo postal a:

Health Insurance Processing Center  
PO Box 4405  
Taunton, MA 02780

Envíe su formulario por fax al: (857) 323-8300

Si usted solamente marcó las casillas de la Sección 3 para autorizar a que MassHealth divulgue copias de sus reclamos, archivos de solicitud, avisos u otros expedientes, entonces:

Envíe el formulario de PSI al correo electrónico  
privacy.officer@mass.gov

o

Envíelo por correo postal a  
MassHealth Privacy Office  
One Ashburton Place, Room 1109  
Boston, MA 02108