



## Autorización Fundamentada para Mantener y Divulgar Información Personal

Para brindar Servicios de Atención Domiciliaria bajo el Programa de Atención Domiciliaria (ASAP) de Massachusetts, el Punto de Acceso a Servicios para Ancianos tiene que reunir cierta información personal y de salud con el fin de determinar si usted tiene derecho a recibir los servicios. Además, con el fin de coordinar estos servicios es posible que haya contacto con otras organizaciones o con familiares que lo atienden a usted. Toda la información que se reúna se mantendrá en reserva conforme a los requisitos de las Leyes Generales de Massachusetts. Para poder brindarle a usted una atención adecuada y apropiada, es posible que las siguientes personas o entidades tengan acceso a información pertinente sobre usted:

- personal / contratista apropiado de la ASAP, Asuntos de Ancianos o las entidades proveedoras, con el fin de prestar, manejar o estudiar la eficacia de los servicios brindados a usted;
- MassHealth, si paga por algunos de sus servicios; y
- se proveerá alguna información a personas que lo atiendan a usted para que comprendan sus necesidades. La información probablemente incluirá su nombre, dirección, número telefónico, contacto para emergencias, otros miembros del hogar, condiciones de salud, capacidad de cumplir labores diarias, cantidad de ayuda familiar que tenga y tipo de ayuda que necesita.

**Este formulario de autorización no cubre la divulgación de información sobre su status VIH. Para divulgar información sobre su status VIH se requiere otro formulario.**

**Sus derechos:** Usted tiene el derecho de:

- averiguar dónde y cómo se mantiene la información;
- oponerse al contenido de la información que se reúne y se mantiene;
- inspeccionar o fotocopiar (usted se hace cargo de los gastos) el contenido de su expediente;
- pedir que cierta información no se divulgue a otras organizaciones; y
- pedir que no se busque contacto con ciertos familiares.

**Al Solicitante:** Al firmar este formulario, usted autoriza a ASAP a divulgar su información personal y de salud que sea apropiada.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_