

**ESCRITÓRIO EXECUTIVO DE SERVIÇOS HUMANOS E DE SAÚDE
ESCRITÓRIO DO MEDICAID (MASSHEALTH)**

**PERMISSÃO PARA OBTER E COMPARTILHAR INFORMAÇÕES NA FERRAMENTA DE
NECESSIDADES E PONTOS FORTES DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (CANS – SIGLA EM
INGLÊS) DO MASSHEALTH**

Nome do membro do MassHealth (Membro) _____

Nome do(a) avaliador(a) de saúde comportamental [Avaliador(a)] _____ Michelle Faux/ Christina Freed

Nome da organização provedora [Provedor] _____ Post Road Pediatrics, LLC

Endereço do provedor _____ 616 Boston Post Road, Sudbury MA, 01776

_____ (membro) tem menos de 21 anos de idade e está recebendo uma avaliação de saúde comportamental.

O que é a CANS?

Os provedores de serviços de saúde comportamental (provedores) usam uma ferramenta chamada “Child and Adolescent Needs and Strengths” (Necessidades e Pontos Fortes da Criança e do Adolescente) (CANS – sigla em inglês) para coletar informações clínicas de saúde comportamental sobre os membros com menos de 21 anos de idade. Para os membros que se encontram em tratamento contínuo, o provedor atualiza regularmente a CANS pelo menos a cada 90 dias.

As informações coletadas por meio da ferramenta CANS (Informações da CANS) ajudam os provedores a fazer várias coisas, tais como:

- decidir que serviços de saúde comportamental um membro pode precisar
- verificar ao longo do tempo se os serviços de saúde comportamental estão ajudando o membro

Por que o MassHealth quer obter e compartilhar informações da CANS

O MassHealth tem um sistema computadorizado que o provedor pode usar para inserir informações da CANS toda vez que uma avaliação de saúde comportamental é feita ou atualizada. O MassHealth pretende utilizar o sistema para acessar as informações da CANS e compartilhá-las com os provedores e entidades de atendimento administrado do MassHealth (as organizações que administram e pagam pelos serviços de cuidados de um membro) para que tais partes possam trabalhar juntas para assegurar que os serviços de saúde comportamental oferecidos ao membro atendam às necessidades deste. Compartilhar as informações da CANS por meio do sistema também contribui para informar melhor os provedores do membro sobre seu histórico médico e reduzir o volume de informações que tais provedores devem coletar do membro, como descrito mais detalhadamente abaixo.

Se você der sua permissão, o provedor indicado acima inserirá todas as informações da CANS que coletar sobre o membro no sistema do MassHealth. Por meio deste sistema, o MassHealth poderá acessar estas informações e disponibilizá-las ao provedor para acesso futuro. O MassHealth também usará o sistema para dar ao provedor acesso a todas as informações da ferramenta CANS inseridas pelos outros provedores do membro. Isto permitirá

que o provedor atualize as informações da CANS do membro quando necessário, ao invés de refazer todo o cadastro novamente. Se você concordar, o MassHealth também usará o sistema para dar aos outros provedores do membro permissão para acessar as informações da CANS inseridas pelo provedor no sistema CANS, de forma que conheçam a história do membro, o que pode evitar que precisem solicitar ao membro as mesmas informações novamente. A sua permissão também permitirá que o MassHealth utilize o sistema para dar a uma entidade de atendimento administrado do MassHealth na qual o membro esteja inscrito acesso às informações da CANS coletadas pelo provedor.

Sua permissão

Ao assinar abaixo, você permite que o provedor acima:

- insira todas as informações da CANS que coleta sobre o membro no sistema do MassHealth
- visualize e copie todas as informações da CANS sobre o membro que outros provedores tenham inserido no sistema CANS do MassHealth

Ao assinar abaixo, você também dá permissão para o MassHealth usar o sistema para compartilhar informações da CANS coletadas pelo provedor com:

- o provedor indicado na primeira página deste formulário
- a entidade de atendimento administrado do MassHealth na qual o membro estiver inscrito no momento em que as informações da CANS forem inseridas no sistema CANS do MassHealth
- outros provedores a quem você deu permissão

Coisas que você deve saber

Nem o MassHealth nem o provedor poderá condicionar o tratamento, o pagamento, a inscrição ou a qualificação para benefícios ao fato de você assinar este formulário ou decidir retirar a permissão no futuro.

Se você der a sua permissão para as atividades mencionadas acima, o provedor inserirá as informações da CANS sobre o membro no sistema do MassHealth e o MassHealth acessará as informações e as compartilhará com o provedor, outros provedores para quem permissão for dada e com a entidade de atendimento administrado do membro. A sua permissão também permitirá que o MassHealth dê ao provedor acesso às informações da CANS inseridas no sistema pelos outros provedores do membro. **Note que mesmo se você não der permissão, o MassHealth e o provedor ainda podem usar ou divulgar as informações da CANS sobre o membro, conforme exigido ou permitido por lei.**

Depois de as informações da CANS serem compartilhadas por meio do sistema do MassHealth, a organização que as compartilhou não conseguirá mais controlar o modo como são usadas ou divulgadas. As leis de privacidade que abrangem as informações da CANS podem ser diferentes quando o MassHealth, os provedores ou as entidades de atendimento administrado retêm as informações, mas cada organização deve seguir as leis de privacidade que se aplicam a ela quando usar ou divulgar as informações.

Você pode colocar uma data final de permissão neste formulário abaixo. Se não o fizer, a permissão termina um ano a partir da data em que você assinar este formulário.

Você pode cancelar esta permissão a qualquer momento, por escrito. O cancelamento evitará que o provedor e o MassHealth usem o sistema do MassHealth para compartilhar informações da CANS coletadas após você

cancelar sua permissão. As informações que já foram disponibilizadas para o MassHealth, entidades de atendimento administrado, provedor ou outros provedores autorizados por meio do sistema do MassHealth antes do recebimento do seu cancelamento não podem ser retiradas.

A carta de cancelamento da permissão deve:

- informar quem é o membro
- informar a data de nascimento do membro
- informar quem é você
- informar se você é o membro, um dos pais do membro com direitos de custódia, ou explicar a razão pela qual você pode agir em nome do membro
- informar que você está cancelando a sua permissão para a inclusão e compartilhamento de informações da CANS on-line

Você deve entregar a carta de cancelamento ao provedor no endereço indicado na primeira página deste formulário. O provedor deve, em seguida, notificar o MassHealth mediante e-mail com cópia digitalizada da carta de cancelamento para: CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US

Sua assinatura

Ao assinar este formulário de permissão, você está dando permissão para os usos e divulgações das informações da CANS sobre o membro conforme indicado acima. Você também está afirmando que leu todo o formulário e o assinou espontaneamente, e que você tem o direito de receber uma cópia assinada do formulário.

Nome em letra de forma da pessoa que assina a permissão

Assinatura da pessoa que assina a permissão

Data de assinatura (data de início da permissão)

Data de término da permissão (se uma data não for colocada nesta linha, a permissão expira um ano a partir da data da assinatura)

Por favor, marque a linha abaixo que explica por que você pode assinar esta permissão de acordo com a lei.

_____ Sou o membro. Tenho 18 anos de idade ou mais. Se eu não tiver 18 anos de idade ou mais, posso dar minha permissão por outras razões de acordo com a lei.

_____ Sou um dos pais do membro com direitos de custódia.

_____ Posso agir em nome do membro para dar permissão para o fornecimento de informações médicas.
Anexei um documento legal mostrando por que posso fazer isto.

Lembrete ao provedor: Uma cópia assinada deste formulário deve ser entregue ao membro ou cuidador. Se o membro ou cuidador cancelar posteriormente este consentimento, você deve enviar por e-mail uma cópia digitalizada da carta de cancelamento para: CANS-CBHI@MassMail.State.MA.US