

P.O. Box 1063 • Misión, Kansas • 66222-0063
 Teléfono: 913-789-0951 o al 1-800-281-0029 • Fax: 913-789-0954

I, _____
 (Nombre del cliente)

_____ (Día de Nacimiento)

Autorizo y solicito que El Centro Regional de Heartland para la Evaluación de Alcohol & Drogas para comunicarse con las siguientes personas, proveedores, y/o organismos y intercambio (enviar y recibir) a través de la divulgación o redivulgación la información necesaria para coordinar y continuar la atención, tratamiento y servicios. Al marcar sí, yo permito la comunicación con el proveedor de la lista. Si marco que no, no quiero que la información sea intercambiada con el proveedor.

Sí	No	Nombre de la persona/proveedor/Agencia
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicaid o Designario; PO Box 3571; Topeka, KS 66601-3571
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-----

Sí	No	Tipos de información		Sí	No	Tipos de información	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados de la evaluación		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Reportes de laboratorios /rayos Xs	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Resultados de Criteria para la Colocación del Client de Kansas		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de Dado de Alta y Resumen	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asistencia/Non-asistencia de servicios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de análisis de orine	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diagnóstico		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Información de vivienda	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permiso para presentar Apelaciones/Quejas si se niegan los servicios		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Plan de recuperación	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros: Sírvase describir:					

El propósito o la necesidad de que dicha divulgación es ayudar en la coordinación de mi atención.

Entiendo que la información y expedientes divulgados o redivulgados por medio de este consentimiento están protegidos por el 42 CFR Parte 2, administración de registros de pacientes de abuso de Drogas y Alcohol, la portabilidad de Seguro de Salud y Ley de Rendición de Cuentas de 1996 (HIPAA) y 45 piezas CFR 160 y 164, el estado de confidencialidad de leyes y reglamentos y no pueden liberarse sin mi consentimiento, a menos que se disponga lo contrario por el Reglamento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excepto en la medida que la acción haya sido tomada basada en esta, y que en cualquier evento este consentimiento expira automáticamente como sigue:

Fecha, evento o condición cuando expira el consentimiento: _____. En el caso de que no se especifica ninguna condición de fecha/eventos/o, este consentimiento expira un año desde la fecha de la firma.

Entiendo que me podrían negar servicios si me niego a consentir a la divulgación para el propósito de tratamiento, pago de operaciones de atención médica, si es permitido por la ley del Estado. A mi no se me negará servicios si me niego a consentir a la divulgación por otros propósitos.

Por solicitud, se le puede proporcionar una copia de este formulario.

_____/_____
 Firma del cliente fecha

_____/_____
 De firma del tutor legal, si es necesario ** Fecha

Relación con el cliente

** Si usted firma como representante legal por un cliente que es un adulto una copia del documento (s) legal(es) se le considerará si usted tiene la autoridad para hacerlo y se mantendrá en el expediente del cliente.