

Nombre del cliente, por favor escriba la fecha de nacimiento

Yo autorizo y solicito a Heartland Regional Alcohol & Drug Assessment Center para comunicarse con las siguientes personas, proveedores, o agencias a intercambiar (enviar y recibir) a través de la revelación o divulgación de re, información necesaria para coordinar y asistir en la coordinación de mi atención, tratamiento y servicios.

Individual / proveedor / agencia nombre

Persona designada por el centro de Kansas de abuso de sustancias (saco); Wichita, KS; Teléfono 1-316-267-3825

Persona designada de Faro Health Options opciones y valor de Kansas; 100 SE 9th Street, Suite 501, Topeka, KS 66612; Teléfono: 1-866-645-8216

Persona designada por el Departamento de Kansas de envejecimiento y discapacidad servicios de servicios de salud mental (KDADS) – fiscalización; 503 Kansas S.; Topeka, KS 66603

Plan de salud de Cenpatico/girasol 8325 Lenexa Drive, Overland Park, KS 66214

Plan de salud estatal Cenpatico/girasol, Attn: Departamento de referencia, Lavaca 504, Suite 850, Austin, TX
Teléfono: 1-512-406-7200; Fax: 1-866-694-3649

United Healthcare/Optum, 10895 Grandview Dr. Bldg 24, Suite #200, Overland Park, KS 66211;
Teléfono: 1-855-802-7095 Fax: 1-855-657-3526

AMERIGROUP Kansas, Inc. Attn: Departamento de BH, Bldg #32, 9225 Indian Creek Parkway, Overland Park, KS 66210; Teléfono: 1-800-454-3730; Fax: 1-800-505-1193

Al colocar mis iniciales, estoy permitiendo la comunicación con las entidades mencionadas.

Para incluir: (Planes de tratamiento clínico e indicaciones (autorizaciones (negaciones / quejas / apela (afirma

Información de uso de la sustancia, alcohol ___ o registros (**Iniciales de cliente son necesarias**)

Entiendo que la información y registros divulgaron o revelada nuevamente en virtud de esta autorización son protegidos bajo 42 CFR parte 2 - confidencialidad de sustancia uso trastorno paciente Records, la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA), Salud tecnologías de la información económica y clínica salud (HITECH) y 45 CFR partes 160 y 164 y estado de confidencialidad leyes y reglamentos. Esta información no puede liberarse sin mi consentimiento salvo disposición en contrario en el Reglamento.

Esta autorización estará en vigor y efecto durante un año o hasta que revocar, de la manera descrita a continuación o hasta (**Introduzca fecha de caducidad o evento**) ___ (el que sea menor).

- Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Pero si la revocación, la revocación no afectará a la divulgación de cualquier información ya divulgada / volver a divulgarse.
- Como yo autorizar la publicación de información de uso de alcohol o sustancia a la organización profesional de la salud que no es mi proveedor de tratamiento, tengo el derecho, para los próximos dos años, para solicitar una lista de entidades a que mi información haya sido divulgada, ponerse en contacto con el organización directamente y solicitar esa información por escrito.
- Entiendo que yo podría ser negado servicios si me niego a consentir a la divulgación para fines de tratamiento, pago u operaciones de cuidado de la salud, en la medida permitida por la ley. No negarán servicios si me niego a consentir a la divulgación para otros fines.
- A petición, proporcionará una copia de esta autorización.

Firma del cliente fecha

Firma del representante legal autorizado * fecha relación cliente

* Si firma como legalmente autorizado representante el individuo, adjuntar una copia de los documentos legales apropiados concede autoridad. Ejemplos serían un poder médico, una orden judicial, papeles de la tutela, etc. Un poder financiero o de negocios no es suficiente.