DocuSign Envelope ID: 10D2986E-6279-4485-9674-AD67A1FF11BF

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

DDN:

Nombre del cliente:

Autorizo y solicito al Centro Regional de Evaluación de Alcohol y Drogas de Heartland que se comunique con las siguientes personas, proveedores,

y / o agencias para intercambiar (enviar y recibir) a través de la divulgación y / o volver a divulgar, la información necesaria para coordinar y ayudar a coordinar mi atención, tratamiento y servicios.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre del individuo / proveedor o agencia** | **Ciudad** | **Estado** |
| Opciones de Beacon Health | Topeka | KS |
| Servicios de Salud conductual del Departamento de Servicios para El Envejecimiento y la Discapacidad de Kansas (KDADS) | Topeka | KS |
| Plan de Salud Cenpatico/Girasol | Parque Overland | KS |
| United Healthcare/Optum | Parque Overland | KS |
| Aetna Better Health of Kansas, Attn: Behavioral Health/SUD | Parque Overland | KS |

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

Información y/o Registros de Consumo de Alcohol o Sustancias **(SE REQUIEREN INICIALES DEL CLIENTE)**

**Paraincluir:** Planes de tratamiento clínico / Notas Autorizaciones Denegaciones / Quejas / Apelaciones Reclamos Información / EOB's

Lista actual de medicamentos UA / BAL Presencia en la instalación / Programa Cartas / Correspondencia / Correos electrónicos

Entiendo que la información y los registros divulgados y / o vueltos a divulgar de conformidad con este consentimiento están protegidos por 42 CFR Parte 2 - Confidencialidad de los registros de pacientes con trastornos por uso de sustancias, la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA), Tecnología de la Información de Salud para la Salud Económica y Clínica (HITECH) y 45 CFR partes 160 y 164, y Confidencialidad estatal leyes y regulaciones. Esta información no puede ser divulgada sin mi consentimiento a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

Esta autorización estará en vigor y surte efecto durante un año o hasta que la revoque, en la forma que se describe a continuación o hasta

(**insertar fecha de caducidad o evento**)

* Puedo revocar este consentimiento en cualquier momento. Pero si se revoca, la revocación no afectará la divulgación de ninguna información que ya haya sido divulgada / re-divulgada.
* A medida que autorizo la divulgación de información sobre el consumo de alcohol o sustancias a una organización de atención médica que no es mi proveedor de tratamiento, tengo el derecho, durante los próximos dos años, de solicitar una lista de entidades a las que se ha divulgado mi información, comuniquéndome directamente con la organización y solicitando esa información por escrito.
* Entiendo que se me podrían negar los servicios si me niego a dar mi consentimiento a una divulgación con fines de tratamiento, pago u operaciones de atención médica, según lo permita la ley. No se me negarán los servicios si me niego a dar mi consentimiento a una divulgación para otros fines.
* Previa solicitud, se me proporcionará una copia de esta autorización.

Fecha

Firma del cliente

***\**** *Si firma como Representante Legalmente Autorizado de la persona, adjunte una copia de los documentos legales apropiados que le otorguen autoridad. Los*

*ejemplos serían un poder notarial de atención médica, una orden judicial, documentos de tutela, etc.* ***Un poder notarial financiero o comercial NO es****suficiente.*