

**Autorización para la asignación de beneficios**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del cliente:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Los abajo firmantes por el presente autoriza y pide **Heartland Regional Alcohol y las drogas Assessment Center, P.O. Box 1063, Shawnee, KS, teléfono: 913-789-0951, Fax: 913-789-0954.**

Lanzamiento a Obtener de

|  |
| --- |
| x La persona designada por opciones de valor de Kansas / Beacon Health Opciones |
| x El representante de Aetna salud de KansasKansas, Inc.  x El encargado de salud del estado de girasol Plan  x La persona designada por la comunidad unida de salud Plan de Kansas |
| \_\_ The Designee of : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| (Cualquier otro tercero pagador) |

La siguiente información:

|  |  |
| --- | --- |
| Resultados de la evaluación | Plan de transición |
| Kansas Cliente colocación criterios | Descarga información y Resumen |
| Consultas | Informes de laboratorio |
| Notas de progreso | Registros completos |
| Permiso para presentar apelación y/o queja si se niegan los servicios | Other: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

La información anterior se libera con el fin de procesar el pago de los servicios médicos a través de compañías de seguros, planes de medicina prepaga o agencias gubernamentales. Entiendo que mis archivos (incluyendo psiquiatría, alcohol abuso o drogas abuso información) pueden estar protegidos por las regulaciones federales. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas en dependencia de él, y que en ningún caso esta autorización automáticamente caduca un año después de la fecha abajo (fecha de la firma).

|  |
| --- |
|  |

Ejecutado este (día) \_\_\_of (mes) \_\_\_, (año) 20\_\_\_

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del cliente fecha |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del padre, tutor o autorizado representante fecha naturaleza de la relación |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Firma del testigo fecha |

 Prohibición de re-divulgación: esta información ha sido revelada a usted de registros protegidos por reglas de confidencialidad federal (42 CFR parte 2). Las reglas federales prohíben te haciendo cualquier otra divulgación de esta información a menos que más divulgación esté expresamente permitida por el consentimiento de la persona a quien pertenece o según lo permitido por 42 CFR Part 2. Una autorización general para la liberación de información médica no es suficiente para este propósito. Las reglas federales restringen cualquier uso de la información criminal investigar o juzgar a cualquier paciente de abuso de alcohol o drogas