

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

Nombre del cliente:	DDN:
---------------------	------

Autorizo y solicito al Centro Regional de Evaluación de Alcohol y Drogas de Heartland que se comuniquen 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
Carelon Salud Conductual (Previamente 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
Healthy Blue	Virginia Beach	VA

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, comunicándome 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.

Firma del cliente	Fecha
-------------------	-------

\* 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.**