



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

Nombre del cliente, por favor escriba la fecha

Dia de Nacimiento

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

Individual / Proveedor / Agencia Nombre / Ciudad / Estado

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

Otro : _____, _____, _____

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 se protegen bajo 42 CFR Parte 2 - sustancia uso trastorno paciente archivo, la Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA), tecnología de la información de salud económica y clínica salud (HITECH) y 45 CFR partes 160 y 164 y el estado Confidencialidad de 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.
 - Autorizo la liberación de alcohol o de información a la organización profesional de la salud que no es mi proveedor de tratamiento de consumo de sustancias, 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.*