

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
Aetna Better Health of Kansas, Attn: Behavioral Health/SUD	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