

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

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 redivulgación, la información necesaria para coordinar y ayudar a coordinar mi atención, tratamiento y servicios.

Nombre del individuo / proveedor o agencia	Ciudad	Estado

Al inicializar, estoy permitiendo la comunicación con las entidades mencionadas anteriormente.

Alcohol o información y/o registros de uso de sustancias (**LAS INICIALES DEL CLIENTE SON**

**Para incluir:** • Planes de tratamiento clínico / Notas Autorizaciones Denegaciones / Quejas / Información de reclamos de apelaciones / EOB •  
Lista actual de medicamentos • UA/BAL • Presencia en instalaciones/programas • Cartas/Correspondencia/Correos electrónicos • Otros: \_\_\_\_\_

**OBLIGATORIAS)**

Entiendo que la información y los registros divulgados y / o re-divulgados de conformidad con este consentimiento están protegidos bajo 42 CFR Parte 2 - Confidencialidad de los registros de pacientes con trastorno 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 leyes y regulaciones de confidencialidad estatal. Esta información no puede ser divulgada sin mi consentimiento a menos que las regulaciones dispongan lo contrario.

Esta autorización tendrá vigencia y efecto por un año o hasta que la revoque, en la forma descrita a continuación o hasta (**inserte fecha o evento de vencimiento**) \_\_\_\_\_

- 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 / divulgada.
- Como autorizo la divulgación de información sobre el consumo de alcohol o sustancias a una organización de atención médica que no es mi proveedor tratante, 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 pueden negar servicios si me niego a dar mi consentimiento para 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 para una divulgación para otros fines.
- Previa solicitud, se me proporcionará una copia de esta autorización.

Se requiere la firma del cliente	Fecha requerida
----------------------------------	-----------------

\* Si firma como Representante Legalmente Autorizado de la persona, adjunte una copia de los documentos legales apropiados que le otorguen autoridad. Algunos ejemplos serían un poder notarial para atención médica, una orden judicial, documentos de tutela, etc.  
**Un poder notarial financiero o comercial NO es suficiente.**