

**ASSOCIATES AT HOPE HARBOR**  
**7227 Metcalf Avenue Suite 250 Overland Park, KS 66204**  
**913-710-5744 Fax: 866-600-5894**

Yo, \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

por la presente autorizo a los Associates at Hope Harbor a  liberar y / o  obtener información relacionada con mi evaluación y / o tratamiento a:

1. Persona: \_\_\_\_\_

Facilidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

2. Persona: \_\_\_\_\_

Facilidad: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

Información a divulgar para los fines de:

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Evaluación          | <input type="checkbox"/> Reportes mensuales       | <input type="checkbox"/> Reporte policial       |
| <input type="checkbox"/> Plan de tratamiento | <input type="checkbox"/> Resumen de alta          | <input type="checkbox"/> Resumen de tratamiento |
| <input type="checkbox"/> U.A.                | <input type="checkbox"/> Informes de colaboración | <input type="checkbox"/> Otro _____             |

Entiendo que mis registros de tratamiento de alcohol y / o drogas están protegidos por las regulaciones federales que rigen la confidencialidad de los registros de pacientes con abuso de alcohol y drogas, 42 C.F. T Parte 2, y la Ley de Probabilidad de Seguros de Salud y HIPPA de 1996 ("HIPPA"), 45 C.F.R. pts. 160 y 164, y no se puede divulgar sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga lo contrario en las regulaciones. También entiendo y he sido informado de que puedo revocar esta autorización mediante comunicación oral o escrita a los Asociados en Hope Harbor en cualquier momento, excepto en la medida en que se haya tomado la decisión de confiar en ella, y que, en cualquier caso, este consentimiento expire automáticamente de la siguiente manera: entiendo que la autorización será válida por un año a partir de la fecha de mi firma a continuación. Todos los archivos de clientes de Asociados en Hope Harbor están sujetos a la vista del Estado de Kansas. Certifico que este formulario me ha sido explicado en su totalidad y que entiendo su contenido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre / tutor del cliente si es menor de 18 años

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha