COUNTY OF SAN LUIS OBISPO MULTI-AGENCY REFERRAL AND CLIENT RELEASE OF INFORMATION

FAX COVER SHEET

INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE MULTI-AGENCY REFERRAL AND CLIENT RELEASE OF INFORMATION

1) Fax cover sheet (two pages). Referring agency completes. The fax cover should *not* contain Health Information. Double check the fax number.
2) Authorization Form (two pages). Referring agency completes. Participant initials the agencies they will allow on pg. 1 of 2, and signs at bottom of pg. 2 of 2.

Date: _____ # of Pages Including Cover: _____

To: _____

Program/Title: _____

Purpose for Referral: _____

Email: _____

From: _____

Title: _____

Referring Agency: _____

Phone: _____ Fax: _____

Agencies Receiving Information / Fax Number

Check the box next to the agency to receive this fax. If the agency is not shown, please write in blank at bottom. It is your responsibility to verify the accuracy of the fax number. Faxing protected information to an incorrect number is a HIPAA breach. Receiving agency might also require client/participant to fill out their own release of information.

☐	1. Aegis Treatment Center, LLC	(805) 461-5873	☐	The LINK – Atascadero	(805) 462-8901
☐	2. Allan Hancock EOPS/CalWORKs	(805) 922-2606	☐	The LINK - Paso Robles	(805) 462-8901
	3. Comm. Action Partnership of SLO (CAPSLO)	(805) 549-8388	☐	14. Family Care Network, Inc.	(805) 503-6499
☐	Child Care Resource Connection	(805) 541-0141	☐	15. HASLO (Housing Authority of SLO)	(805) 543-4992
☐	Family Preservation/ Parent Education	(805) 541-1264		**16. Homeless Services**	
☐	Head Start/Early Head Start	(805) 549-0864	☐	40 Prado Homeless Services Center	(805) 543-4992
☐	Teen Academic Parenting Program	(805) 541-1264	☐	5-Cities Homeless Coalition (5CHC)	(805) 668-2380
☐	4. CenCal Health	(805) 681-3071	☐	ECHO	(805) 460-9162
☐	5. Center for Family Strengthening	(805) 462-8901	☐	Salvation Army	No Fax
☐	6. Community Health Centers (CHC)	(805) 931-2521	☐	17.Hospital	
	7.County of SLO Health Agency			**18. Job Centers**	
☐	Drug & Alcohol Services (DAS)	(805) 781-1405	☐	DSS - North County Job Center	(805) 237-3339
☐	Mental Health (MH)	(805) 781-1177	☐	DSS - South County Job Center	(805) 474-2052
☐	Martha's Place	(805) 781-4962	☐	SLOCal Careers Job Center (AJCC)	No Fax
☐	Public Health	(805) 781-5543	☐	SLOCal Careers Youth Program	No Fax
☐	Public Guardian	(805) 781-5566	☐	19. Lumina Alliance	(805) 781-6410
	8.County of SLO Probation		☐	20.People's Self Help Housing (PSHH)	(805) 544-1901
☐	Adult	(805) 781-1231	☐	21.Pregnancy and Parenting Support SLO	(805) 541-4536
☐	Juvenile	(805) 781-1230	☐	22.Restorative Partners	No Fax
	9.Cuesta College Programs			**23.School Districts**	
☐	CalWORKs	(805) 546-3144	☐	Atascadero	(805) 462-4421
☐	Foster Kinship Care Education (FKCE)	(805) 592-9402	☐	Lucia Mar	(805) 473-1587
☐	10.Department of Rehabilitation	(805) 542-4682	☐	Paso Robles	(805) 237-3339
	11.Department of Social Services		☐	San Luis Coastal	(805) 543-6567
☐	Adult Protective Services (APS)	(805) 788-2834	☐	Templeton	(805) 434-1473
☐	Child Welfare Services	(805) 781-1701	☐	SLO County Office of Ed. (SLOCOE)	(805) 541-1105
☐	In-Home Support Services (IHSS)	Choose	☐	24. Seneca Family of Agencies	(805) 462-8930
☐	Participant Services	(805) 781-1686	☐	25. Transitions-Mental Health Assoc. (T-MHA)	(805) 540-6501
☐	12.Eckerd Connects	(805) 439-3937	☐	26. Tri-Counties Regional Center	(805) 543-8725
	13.Family Resource Centers		☐	27. United Way of San Luis Obispo/211	(805) 543-5317
☐	Los Osos Cares	No Fax	☐	28. Veterans Services of SLO	(805) 781-5769
☐	San Luis Obispo/Coastal/Central	(805) 543-6567	☐	29. Victim Witness Assistance (DA)	(805) 781-5828
☐	South County SAFE	(805) 474-2025	☐	30. Other:	

This information has been disclosed to you from records that are confidential and protected by Federal Law. **Part 2 of Title 42 of the Code of Federal Regulations (42 CFR Part 2)** prohibits you from making any further disclosures of the records or information without specific written consent of the person to whom it pertains. A general authorization for the release of information is not sufficient for this purpose.

NOTE: This message, including all attachments, is intended only for the use of the person(s) to whom it is addressed, and may contain information that is confidential and subject to the attorney-client privilege. It should not be forwarded in printed or electronic form to any other person or computer. If you received this message and are not the intended recipient or an agent responsible for delivering this message to the intended recipient, you have received this message in error; please immediately notify the sender and destroy your copy. Thank you.

Please do not edit this form. For minor corrections or content revisions, contact **sjimenez@co.slo.ca.us**.

Additional Comments:

*********DO NOT PLACE ANY PROTECTED INFORMATION IN THIS AREA*********

All information must be filled out in standard blue pen.

IMPORTANT NOTE: Please ensure to follow the guidance listed below

- DO NOT PLACE ANY PROTECTED INFORMATION IN THIS AREA.
- Protected information must be sent as a separate document addressed directly to the intended recipient.
- Documentation of the conversation with the client/participant must be documented utilizing the appropriate case documentation method.
- This section is only to communicate general information. (i.e. size of clothes for the 10-year-old child, etc.)

REMISIÓN A MÚLTIPLES AGENCIAS Y PERMISO DE REVELAR INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

Fecha: Apellido: Nombre: Inicial:

Dirección: Ciudad/Estado: Código Postal:

Teléfono de casa: Celular: Acetpa mensajes : Escoja Idioma: Escoja Fecha de Nacimiento:

Padre o Tutor: Tipo de Caso: Otro Numero de Caso:

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR E INTERCAMBIAR MI INFORMACIÓN PERSONAL O CUIDADO DE SALUD

Autorizo a las agencias donde están mis iniciales abajo para compartir mi cuidado de salud, y/o información personal entre ellas. Si estoy firmado como el tutor o representante de otra persona, autorizo a las agencias donde están mis iniciales abajo que compartan la información y/o cuidado de salud de esta persona entre ellas. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que no tengo que firmar.

FAVOR DE PONER SUS INICIALES PARA CADA AGENCIA AUTORIZADA PARA INTERCAMBIAR SU INFORMACIÓN:

Nota: Las organizaciones enumeradas a continuación solo pueden intercambiar la información descrita en este documentó y solo podrán intercambiar la información para los fines descritos.

Iniciales aquí	Aegis Treatment Center, LLC	Iniciales aqui	Autoridad de Vivienda (HASLO)
Iniciales aquí	Allan Hancock EOPS/CalWORKs		Servicios para Personas sin hogar:
	Community Action Partnership of SLO (CAPSLO):	Iniciales aqui	40 Prado Homeless Services Center
Iniciales aquí	Child Care Resource Connection	Iniciales aqui	5-Cities Homeless Coalition (5CHC)
Iniciales aquí	Family Preservation/Parent Education	Iniciales aqui	CAPSLO- SSVF
Iniciales aquí	Head Start/Early Head Start	Iniciales aqui	El Camino Homeless Organization (ECHO)
Iniciales aquí	Teen Academic Parenting Program	Iniciales aqui	Acceso a la Costa Central
Iniciales aquí	CenCal Health	Iniciales aqui	Good Samaritan - SSVF
Iniciales aquí	Centro de Fortalecimiento Familiar	Iniciales aqui	People's Self Help Housing (PSHH)
Iniciales aquí	Centros de Salud Comunitarios (CHC)	Iniciales aqui	Ejército de Salvacion
	Depto. de Salud Publica del Condado de SLO:	Iniciales aqui	Hospital: Escoja
Iniciales aquí	Servicios de Drogas y Alcohol (DAS)	Iniciales aqui	Centro de Trabajo: Escoja
Iniciales aquí	Salud Conductual	Iniciales aqui	Alianza Lumina
Iniciales aquí	Martha's Place	Iniciales aqui	Distrito Escolar: Escoja
Iniciales aquí	Depto. de Salud Publica	Iniciales aqui	Seneca Family of Agencies
Iniciales aquí	Public Guardian	Iniciales aqui	Depto. de Educación del Condado (SLOCOE)
Iniciales aquí	Depto. de Libertad Cond: Escoja	Iniciales aqui	Transitions-Mental Health Association(T-MHA)
Iniciales aquí	Cuesta College: Escoja	Iniciales aqui	Centro Regional de los Tres Condados (TCRC)
Iniciales aquí	Depto. de Rehabilitación	Iniciales aqui	United Way of San Luis Obispo / 211
	Depto. de Servicios Sociales (DSS):	Iniciales aqui	Depto. de Servicios para Veteranos - SLO
Iniciales aquí	Servicos de Proteccíon para Adultos (APS)	Iniciales aqui	Servicios para Victimas:
Iniciales aquí	Servicios de Bienestar de los Niños	Iniciales aqui	Restorative Partners
Iniciales aquí	Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)	Iniciales aqui	Pregnancy and Parenting Support SLO (PPSSLO)
Iniciales aquí	Servicios de Participantes	Iniciales aqui	Otro:
Iniciales aquí	Eckerd Connects	Iniciales aqui	Otro:
Iniciales aquí	Centros de Recursos Familiear: Escoja	Iniciales aqui	Otro:
Iniciales aquí	Agenica de Familias de Crianza: Escoja	Iniciales aqui	Otro:
Iniciales aquí	Family Care Network, Inc. (FCNI)	Iniciales aqui	Otro:

REMISIÓN A MÚLTIPLES AGENCIAS Y PERMISO DE REVELAR INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO

INFORMACIÓN PERSONAL O DE CUIDADO DE SALUD QUE PUEDA SER COMPARTIDA POR LAS AGENCIAS INDICADAS

NOTA: ESTE FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PERMITE LA DIVULGACIÓN DE TODOS SUS HISTORIALES DE SALUD Y DE SERVICIOS SOCIALES A MENOS QUE INDIQUE UNA LIMITACIÓN ESPECIFICA.

Las agencias indicadas pueden compartir cualquier y toda información de sus registros de salud o personales, o los registros de salud o personales de la persona para quien está autorizando este permiso para los fines enumerados a continuaciòn. La información puede provenir de los registros del Condado de San Luis Obispo de su salud física, los registros de salud mental, o los registros de tratamiento de drogas y alcohol. La información también pued e provenir de sus registros de los Servicios Sociales o los registros de cualquier otra agencia que usted ha autorizado para compartir su información. La información usada, revelada o compartida pued e ser escrita u oral, y solo incluirá la información necesaria para obtener alcanzar el objetivo previsto de esta referencia.

Iniciales aquí **Inicia aquí para indicar que entiende que compartiremos su información de salud conductual.**

Iniciales aquí **Inicia aquí para indicar que entiende que compartiremos su informació del Programa de Alcohol Drogas.**

Describa el tipo y la cantidad de Información de Programa de Alcohol y Drogas que puede divulgar:

Iniciales aquí	Resultados de exámenes de drogas y alcohol	Iniciales aquí	Información de pagos de drogas y alcohol
Iniciales aquí	Asistencia al programa de drogas y alcohol	Iniciales aquí	Plan de tratamiento de dorgas y alcohol
Iniciales aquí	Diagnóstico de uso de substancias	Iniciales aquí	Discusiones con mi consejero de drogas y alcohol

OBJETIVOS Y LIMITACIONES EN EL USO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL O DE SALUD

La información sera utilizada por las agencias indicadas por useted, para referirle a los servicios pedidos de las agencias autorizadas en este documento. La información tambien se puede utilizar para coordinar su cuidado o para coordinar los servicios entre las agencias. Estos servicios pueden ser en áreas como la salud, la vivienda, el empleo, la educación, la nutrición, la crianza de los hijos, y bienestar de los niños y/u otros servicios sociales tradicionales.

Esta autorización para revelar la información arriba **expirará en 2 años desde la fecha firmada** o expirará el: _____ (**Su autorización se vence en 2 años.**)

Entiendo que:

- Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.
- Tengo el derecho de rovocar y detener esta autorización mediante él envió de una notificación firmada a:
  - County Privacy Officer: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA, 93401
  - O a través de correo electrónico (email) al privacy@co.slo.ca.us ; o llame al (855) 326-9623
  - La autorización cesará en la fecha en que mi solicitud de revocación válida sea recibida. También entiendo que cualquier información dada antes de la revocación de esta autorización no será una violación de mi derecho de confidencialidad. Además, entiendo que tengo derecho a recivir una copia de esta autorización.
- Una forma conocida como El Aviso de Practicas de Privacidada que se da a los clientes que reciben servicios médicos, proporciona instrucciones en caso que elija revocar mi autorización e incluye limitaciones en mi revocación. Entiendo que puedo acceder una copia de ste aviso en el internet en: http://www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency.aspx
- Mi tratemiento, inscripción o elegibilidad para beneficios no serán afectados si yo no firmo esta autorización.
- Bajo petición, puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que estoy permitiendo ser divulgada.
- La información divulgada de conformidad con esta autorización podría ser revelada por el destinatario. Esta re-divulgación en algunos casos no está prohibida por la ley de California y puede que ya no esté protegida por la ley de confidencialidad federal (HIPAA); por ejemplo, si permito la divulgación a un miembro de mi familia.
- Registros y las copies obtenidas relacionadas con la psicoterapia ambulatoria serán devueltas o destruidas en la fecha de vencimiento de esta autorización, excepto cuando son obtenidos con fines de diagnóstico y tratamiento.
- Yo entiendo que mis registros de tratamiento para alcohol y / o drogas están protegidos bajo las regulaciones federales que gobiernan la confidencialidad de Alcohol y Abuso de Drogas de registros de pacientes, 42 C.F.R. Parte 2, y la Portabilidad del Seguro de Salud y Responsabilidad Ley de 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Pts. 160 y 164, y no puede ser divulgada sin miconsentimiento por escrito a menos que se disponga otra cosa en la regulaciones.

Firma del Cliente*:	**Nombre con Letra de molde:**	**Fecha:**
Firma de Representante:	**Relación:**	**Fecha:**
Nombre del Trabajador(a):	**Organización:**	
Firma del Trabajador(a):	**Titulo de Trabajador(a)**	**Fecha:**

NOTE: Si dio permiso para su firma por teléfono, necesita firmar y regresar esta forma entre 30 días desde que dio su permiso.

Form 815 (Spanish)	REMISIÓN A MÚLTIPLES AGENCIAS Y PERMISO DE REVELAR INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO	Anexo de Nueva Divulgación Pagina 1de 1 Rev. 09/11/2025

CONSENTIMIENTO ADICIONAL PARA LOS BENEFICIARIOS DE INFORMACIÓN PROTEGIDA DEL TRATAMIENTO DE DROGAS Y ALCOHOL

NOTA: Esta página debe ser completada si la información del Tratamiento de Alcohol y Drogas fue compartida por el proveedor de Tratamiento de Alcohol y Drogas del Cliente tiene la intención de ser divulgada o re-divulgada por el beneficiario inicial u otra persona o agencia (como Tribunal Superior, Fiscal del Distrito D.A., Libertad Condicional-Probación, Departamento de Servicios Sociales). Si se completa, esta página debe adjuntarse a la página 1 y página 2 del formulario de autorización

Nombre Completo del Cliente:		**Fecha de Nacimiento:**	

Autorizo la divulgación de mi información sobre el Tratamiento de Drogas y Alcohol o la información de las personas por la cual estoy firmando, para ser compartida por las siguientes agencias:

Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	
Iniciales aquí	Agencia:	

INFORMACIÓN SOBRE EL TRATAMIENTO DE DROGAS Y ALCOHOL QUE SE PUEDE COMPARTIR CON AGENCIAS IDENTIFICADAS

Iniciales aquí	Cualquier información relacionada con su participación en el programa de Drogas y Alcohol, incluyendo su estado como paciente, fecha de entrada, evaluación inicial, resultados/historial de evaluaciones, asistencia, fecha de alta, plan de alta, y estado de alta.
Iniciales aquí	Resumen de su plan de tratamiento, progreso en el programa, y conformidad.
Iniciales aquí	Cualquier resultado de la prueba de dogas, incluyendo análisis de orina, resultados de la prueba de alcoholemia/ parcheo.
Iniciales aquí	Información personal sobre su hogar, relaciones, y niños, incluyendo observaciones y evaluaciones de menores con quienes interactúa.

PROPÓSITOS Y LIMITACIONES EN EL USO SU INFORMACIÓN DE SERVICIOS DE DROGAS Y ALCOHOL

La información descrita arriba puede ser utilizada, divulgada y/o re-divulgada por y entre las agencias mencionada anteriormente para ayudarlos a manejar su caso de Departamento de Servicios Sociales, su caso de Corte/ Justicia penal y/o cualquier otro asunto relacionado con esta autorización.

Firmo voluntariamente esta autorización para divulgar mi información sobre el Programa de Drogas y Alcohol a las agencias mencionadas anteriormente. Entiendo que estas agencias compartirán esta información entre ellos.

Firma de Cliente*:	**Nombre con Letra de molde:**	**Fecha:**
Firma del Representante:	**Relación:**	**Fecha:**
Nombre del Trabajador(a):	**Organización:**	
Firma del Trabajador(a):	**Titulo de Trabajador(a):**	**Fecha:**

NOTE: Si dio permiso para su firma por teléfono, necesita firmar y regresar esta forma entre 30 días desde que dio su permiso.