



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

(This form has three parts: a fax cover sheet; an authorization to release information; and a disclosure authorization for Drug & Alcohol 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.
- 3) Re-disclosure authorization for Drug & Alcohol information (one page). Referring agency completes.

Date: _____ # of Pages Including Cover: _____ From: _____
 To: _____ Title: _____
 Program/Title: _____ Referring Agency: _____
 Purpose for Referral: _____ Phone: _____ Fax: _____
 Email: _____

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.

<input type="checkbox"/>	1. Aegis Treatment Center, LLC	(805) 461-5873	<input type="checkbox"/>	13. Aspiranet	(805) 473-3312
<input type="checkbox"/>	2. Allan Hancock EOPS/CalWORKs	(805) 922-2606	<input type="checkbox"/>	14. Family Connections Christian Adoptions	(805) 542-9285
<input type="checkbox"/>	3. Comm. Action Partnership of SLO (CAPSLO)	(805) 549-8388	<input type="checkbox"/>	15. Seneca Family of Agencies	(805) 434-3839
<input type="checkbox"/>	Child Care Resource Connection	(805) 541-0141	<input type="checkbox"/>	16. HASLO (Housing Authority of SLO)	(805) 543-4992
<input type="checkbox"/>	Family Preservation/ Parent Education	(805) 541-1264	<input type="checkbox"/>	17. Homeless Services	
<input type="checkbox"/>	Head Start/ Early Head Start	(805) 549-0864	<input type="checkbox"/>	40 Prado Homeless Services Center	(805) 541-5870
<input type="checkbox"/>	Teen Academic Parenting Program	(805) 541-1264	<input type="checkbox"/>	5-Cities Homeless Coalition	(805) 668-2380
<input type="checkbox"/>	4. CenCal Health	(805) 681-3071	<input type="checkbox"/>	ECHO	No Fax
<input type="checkbox"/>	5. Community Health Centers (CHC)	(805) 931-2521	<input type="checkbox"/>	Housing Support Program (HSP)	(805) 781-1866
<input type="checkbox"/>	6. County of SLO Health Agency		<input type="checkbox"/>	Salvation Army	No Fax
<input type="checkbox"/>	Drug & Alcohol Services (DAS)	(805) 781-4271	<input type="checkbox"/>	Transitional Food & Shelter	(805) 462-8901
<input type="checkbox"/>	Mental Health Services (MH)	(805) 781-4271	<input type="checkbox"/>	18. Transitions-Mental Health Assoc. (T-MHA)	(805) 540-6501
<input type="checkbox"/>	Martha's Place	(805) 781-4962	<input type="checkbox"/>	19. Hospital:	
<input type="checkbox"/>	Public Health	(805) 781-5543	<input type="checkbox"/>	20. Job Centers	
<input type="checkbox"/>	Public Guardian	(805) 781-5566	<input type="checkbox"/>	America's Job Centers of CA - SLO	(805) 286-8530
<input type="checkbox"/>	7. County of SLO Probation		<input type="checkbox"/>	DSS - South County Job Center	(805) 474-2052
<input type="checkbox"/>	Adult	(805) 781-1231	<input type="checkbox"/>	DSS - North County Job Center	(805) 237-3007
<input type="checkbox"/>	Youth	(805) 781-1169	<input type="checkbox"/>	Eckerd Connects Youth Program	(805) 286-8530
<input type="checkbox"/>	8. Cuesta College Programs		<input type="checkbox"/>	21. RISE	(805) 226-5401
<input type="checkbox"/>	CalWORKs	(805) 546-3970	<input type="checkbox"/>	22. School Districts	
<input type="checkbox"/>	Foster Kinship Care Education (FKCE)	(805) 546-3970	<input type="checkbox"/>	Atascadero	(805) 462-4421
<input type="checkbox"/>	9. Department of Rehabilitation	(805) 542-4682	<input type="checkbox"/>	Paso Robles	(805) 237-3339
<input type="checkbox"/>	10. Department of Social Services		<input type="checkbox"/>	Templeton	(805) 434-1473
<input type="checkbox"/>	Adult Services	(805) 788-2834	<input type="checkbox"/>	LMUSD	(805) 473-1587
<input type="checkbox"/>	Child Welfare Services	(805) 781-1701	<input type="checkbox"/>	SLCUSD	(805) 543-6567
<input type="checkbox"/>	Participant Services	(805) 781-1686	<input type="checkbox"/>	SLO County Office of Ed. (SLOCOE)	(805) 541-1105
<input type="checkbox"/>	11. Family Resource Centers		<input type="checkbox"/>	23. Stand Strong	(805) 781-6410
<input type="checkbox"/>	Los Osos Cares	(805) 234-9264	<input type="checkbox"/>	24. Tri-Counties Regional Center	(805) 543-8725
<input type="checkbox"/>	San Luis Obispo/Coastal/Central	(805) 543-6567	<input type="checkbox"/>	25. Veterans Services of SLO	(805) 781-5769
<input type="checkbox"/>	South County SAFE	(805) 474-2025	<input type="checkbox"/>	26. Victim Witness Assistance (DA)	(805) 781-5828
<input type="checkbox"/>	The LINK - Atascadero	(805) 462-8901	<input type="checkbox"/>	27. Other:	
<input type="checkbox"/>	The LINK - Paso Robles	(805) 226-5437	<input type="checkbox"/>	28. Other:	
<input type="checkbox"/>	12. Family Care Network, Inc.	(805) 503-6499	<input type="checkbox"/>	29. Other:	

Federal Reg Title 42: This Information has been disclosed to you from records that are confidential and protected by Federal Law. Federal regulations (42 code of Federal Regs, 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 bbenassi@co.slo.ca.us.

Additional Comments:

NOTE: Please do not place any protected information in this area. Protected information must be sent as a separate document addressed directly to the intended recipient. This section is to communicate general information regarding the referral of the client.

IMPORTANT: All information must be filled out in standard blue pen.

Note: The following guidance and script are for reference only. Documentation of the conversation with the client/participant must be documented utilizing the appropriate case documentation method. DO NOT PLACE ANY PROTECTED INFORMATION IN THIS AREA. Protected information must be sent as a separate document addressed directly to the intended recipient. This section is only to communicate general information.

Verbal Consent Guidance: During declared emergencies where a wet signature is unable to be obtained, the 815 will be accepted verbally, faxed or scanned, with the expectation that an 815 will be collected with **a wet signature within 30 days.**

Case comment type of 815 (ex: verbal, electronic or original) on file. If the document does not have the wet signature, set a date of when the original with wet signature is due. Write "Verbal Consent" in the area that requires client signature and "V" in the areas that request client initials. This must be done to signify what the client/participant gave consent for.

Explain to the family that if the original wet signature is not received in 30 days (via mail or dropped off at the office/drop box), services may cease due to an invalid release of information. Services may resume depending upon receipt of the original 815 with the required wet signature. If the original wet signature is received, save the document with "original" in the title and upload. If the 815 is not received note: **only one 30-day extension can be granted. The 30-day extension will also be documented.**

Workers must read the consent of release of information verbatim to clients.

Worker Documentation: Worker ___ Worker Number ___ read the 815 release of information and consent verbatim to client ___ after verifying identity of client via name, date of birth and social security number (if eligible to a SSN) on MM/DD/YYYY. Client verbally gave consent for release of information to the following organizations/programs: ____. A hard copy of the 815 was mailed/emailed to ___ on MM/DD/YYYY. Worker signed "V" in the Iniciales box. The wet signature is due 30 days from today, MM/DD/YYYY. Verified that the client understood that if their wet signature is not received via mail/drop box that their services may be stopped. Calendar controlled to check for document on MM/DD/YY.

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

PARA LAS FIRMAS TELEFÓNICAS LEA LA AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN TEXTUALMENTE

Fecha:	Apellido:	Nombre:	Inicial:
Dirección:		Ciudad/Estado:	Código Postal:
Teléfono de casa:	Celular:	Acetpa mensajes :	Idioma:
		Fecha de Nacimiento:	
Padre o Tutor:		Tipo de Caso:	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		Servicios para Personas sin hogar:
Iniciales aquí	Allan Hancock EOPS/CalWORKS	Iniciales aquí	40 Prado Homeless Services Center
	Community Action Partnership of SLO (CAPSLO):	Iniciales aquí	5-Cities Homeless Coalition
Iniciales aquí	Child Care Resource Connection	Iniciales aquí	CAPSLO- SSVF
Iniciales aquí	Family Preservation/Parent Education	Iniciales aquí	El Camino Homeless Organization (ECHO)
Iniciales aquí	Head Start/Early Head Start	Iniciales aquí	Good Samaritan- SSVF
Iniciales aquí	Teen Academic Parenting Program	Iniciales aquí	Housing Support Program (DSS & FCNI)
Iniciales aquí	CenCal Health	Iniciales aquí	Independent Living Resource Center
Iniciales aquí	Contros de Salud Comunitarios (CHC)	Iniciales aquí	Ejército de Salvacion
	Depto. de Salud Publica del Condado de SLO:	Iniciales aquí	Transitional Food & Shelter
Iniciales aquí	Servicios de Drogas y Alcohol (DAS)	Iniciales aquí	Transitional Mental Health Association
Iniciales aquí	Salud Mental	Iniciales aquí	Hospital:
Iniciales aquí	Martha's Place	Iniciales aquí	Centro de Trabajo:
Iniciales aquí	Depto. de Salud Publica	Iniciales aquí	RISE
Iniciales aquí	Public Guardian	Iniciales aquí	Ejército de Salvación
Iniciales aquí	Probation Department:	Iniciales aquí	Distrito Escolar:
Iniciales aquí	Cuesta College:	Iniciales aquí	Seneca Family of Agencies
Iniciales aquí	Depto. de Rehabilitación		Depto. de Educación del Condado (SLOCOE)
	Depto. de Servicios Sociales (DSS):	Iniciales aquí	Stand Strong
Iniciales aquí	Adult Services	Iniciales aquí	Transitional Food & Shelter
Iniciales aquí	Child Welfare Services	Iniciales aquí	Transitions-Mental Health Association(T-MHA)
Iniciales aquí	Participant Services	Iniciales aquí	Centro Regional de los Tres Condados (TCRC)
Iniciales aquí	Centros de Recursos Familiar:	Iniciales aquí	Depto. de Servicios para Veteranos - SLO
Iniciales aquí	Agenica de Familias de Crianza:	Iniciales aquí	Servicios para Víctimas
Iniciales aquí	Family Care Network, Inc. (FCNI)	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	Autoridad de Vivienda (HASLO)	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	HMIS Database	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	Otro:	Iniciales aquí	Otro:

*Debido al COVID-19, un consentimiento verbal, enviado por fax o escaneo puede ser aceptado con la expectativa que una firma real sea coleccionada dentro de 30 días. Los trabajadores deben escribir "V" para consentimiento verbal en la caja inicial y "Consentimiento Verbal" en la caja de la firma del cliente.

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

BCHA. 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 continuación. 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 puede 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 puede 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 mental.**
- Iniciales aquí **Inicia aquí para indicar que entiende que compartiremos su información del Programa de Alcohol Drogas.**

Describe 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 drogas y alcohol
Iniciales aquí	Diagnóstico de uso de sustancias	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 usted, 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 envío de una notificación firmada a:
 - 7ci bhmDfj] UvñC Z]Wf. &% \$'è\bgcb '5j Y"zGub '@]g'CV]gdcz75ž-' (\$%
 - C a través de correo electrónico (email) al
 - 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 recibir una copia de esta autorización.
 - Una forma conocida como El Aviso de Practicas de Privacidades 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://htd.##k k k "g'cVèi bhmVW"\]cj #8YdUfha Ybhg#< YU'h!5j YbVñUgdI](http://htd.##k k k)
 - Mi tratamiento, 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 copias 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):	Título de Trabajador(a)	Fecha:

! Debido al COVID-19, el consentimiento verbal, enviado por fax o escaneo puede ser aceptado con la expectativa que una firma real sea coleccionada dentro de 30 días. Los trabajadores deben escribir "V" para consentimiento verbal en la caja inicial y "Consentimiento Verbal" en la caja de la firma del cliente.

**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 drogas, 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):****Título de Trabajador(a):****Fecha:**

*Debido al COVID-19, un consentimiento verbal, enviado por fax o escaneo puede ser aceptado con la expectativa que una firma real sea coleccionada dentro de 30 días. Los trabajadores deben escribir "V" para consentimiento verbal en la caja inicial y "Consentimiento Verbal" en la caja de la firma del cliente.