



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 coversheet(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: _____

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. Receiving agency might also require client/participant to fill out their own release of information.**

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

*****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 :	Idioma:
Padre o Tutor:		Numero de Caso:	
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR E INTERCAMBIAR MI INFORMACIÓN PERSONAL O CUIDADO DE SALUD			
<p>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 comparten la información y/o cuidado de salud de esta persona entre ellas. Entiendo que esta autorización es voluntaria y que no tengo que firmar.</p>			
FAVOR DE PONER SUS INICIALES PARA CADA AGENCIA AUTORIZADA PARA INTERCAMBIAR SU INFORMACIÓN:			
<p>Nota: Las organizaciones enumeradas a continuación solo pueden intercambiar la información descrita en este documento y solo podrán intercambiar la información para los fines descritos.</p>			
Iniciales aquí	Aegis Treatment Center, LLC	Iniciales aquí	Autoridad de Vivienda (HASLO)
Iniciales aquí	Allan Hancock EOPS/CalWORKs		Servicios para Personas sin hogar:
	Community Action Partnership of SLO (CAPSLO):	Iniciales aquí	40 Prado Homeless Services Center
Iniciales aquí	Child Care Resource Connection	Iniciales aquí	5-Cities Homeless Coalition (5CHC)
Iniciales aquí	Family Preservation/Parent Education	Iniciales aquí	CAPSLO- SSVF
Iniciales aquí	Head Start/Early Head Start	Iniciales aquí	El Camino Homeless Organization (ECHO)
Iniciales aquí	Teen Academic Parenting Program	Iniciales aquí	Acceso a la Costa Central
Iniciales aquí	CenCal Health	Iniciales aquí	Good Samaritan - SSVF
Iniciales aquí	Centro de Fortalecimiento Familiar	Iniciales aquí	People's Self Help Housing (PSHH)
Iniciales aquí	Centros de Salud Comunitarios (CHC)	Iniciales aquí	Ejército de Salvacion
	Dept. de Salud Publica del Condado de SLO:	Iniciales aquí	Hospital:
Iniciales aquí	Servicios de Drogas y Alcohol (DAS)	Iniciales aquí	Centro de Trabajo:
Iniciales aquí	Salud Conductual	Iniciales aquí	Alianza Lumina
Iniciales aquí	Martha's Place	Iniciales aquí	Distrito Escolar:
Iniciales aquí	Dept. de Salud Publica	Iniciales aquí	Seneca Family of Agencies
Iniciales aquí	Public Guardian	Iniciales aquí	Dept. de Educación del Condado (SLOCOE)
Iniciales aquí	Dept. de Libertad Cond:	Iniciales aquí	Transitions-Mental Health Association(T-MHA)
Iniciales aquí	Cuesta College:	Iniciales aquí	Centro Regional de los Tres Condados (TCRC)
Iniciales aquí	Dept. de Rehabilitación	Iniciales aquí	United Way of San Luis Obispo / 211
	Dept. de Servicios Sociales (DSS):	Iniciales aquí	Dept. de Servicios para Veteranos - SLO
Iniciales aquí	Servicos de Protección para Adultos (APS)	Iniciales aquí	Servicios para Victimas:
Iniciales aquí	Servicios de Bienestar de los Niños	Iniciales aquí	Restorative Partners
Iniciales aquí	Servicios de Apoyo en el Hogar (IHSS)	Iniciales aquí	Pregnancy and Parenting Support SLO (PPSSLO)
Iniciales aquí	Servicios de Participantes	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	Eckerd Connects	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	Centros de Recursos Familiar:	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	Agenica de Familias de Crianza:	Iniciales aquí	Otro:
Iniciales aquí	Family Care Network, Inc. (FCNI)	Iniciales aquí	Otro:

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.

Inicia aquí

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

Inicia aquí

Inicia aquí para indicar que entiende que compartiremos su información 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

Asistencia al programa de drogas y alcohol

Iniciales aquí

Diagnóstico de uso de substancias

Iniciales aquí

Información de pagos de drogas y alcohol

Iniciales aquí

Plan de tratamiento de drogas y alcohol

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 revocar y detener esta autorización mediante el envío de una notificación firmada a:
 - 7ci bhmDfjj UMHc ZJWf. &% \$`e\bgcb'5j Y"zGUb @ JgCV]gdcz75z- (\$%
 - C a través de correo electrónico (email) al dfjj_UMHc_Wf'g'c'Wf'g'@c llame al fñ)) £' &!*!- * &
 - 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 Prácticas de Privacidad 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 este aviso en el internet en: [http://Hd.##k k k 'g'c'Wf'g'@c #8YdUfha Ybhg# YUH!5\[YbWfUgdl](http://Hd.##k k k 'g'c'Wf'g'@c #8YdUfha Ybhg# YUH!5[YbWfUgdl)
- Mi tratamiento, inscripción o elegibilidad para beneficios no serán afectados si yo no firmo esta autorización.
- Bajo petición, puedo inspeccionar y 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 mi consentimiento 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.