



## 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. Agencies can't re-disclose Drug & Alcohol information.

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"/>	5-Cities Homeless Coalition	(805) 668-2380
<input type="checkbox"/>	2. Allan Hancock EOPS/CalWORKs	(805) 922-2606	<input type="checkbox"/>	Housing Support Program (HSP)	(805) 781-1866
<input type="checkbox"/>	<b>3. Comm. Action Partnership of SLO (CAPSLO)</b>	(805) 549-8388	<input type="checkbox"/>	Transitions-Mental Health Association	(805) 540-6501
<input type="checkbox"/>	Child Care Resource Connection	(805) 541-0141	<input type="checkbox"/>	14. Hospital	
<input type="checkbox"/>	Family Preservation/ Parent Education	(805) 541-1264	<input type="checkbox"/>	<b>15. Job Centers</b>	
<input type="checkbox"/>	Head Start/ Early Head Start	(805) 549-0864	<input type="checkbox"/>	America's Job Centers of CA - SLO	(805) 903-1401
<input type="checkbox"/>	Teen Academic Parenting Prog (TAPP)	(805) 541-1264	<input type="checkbox"/>	DSS - South County Job Center	(805) 474-2052
<input type="checkbox"/>	4. CenCal Health	(805) 681-3071	<input type="checkbox"/>	DSS - North County Job Center	(805) 237-3007
<input type="checkbox"/>	5. Community Health Centers	(805) 931-2521	<input type="checkbox"/>	Eckerd Connects Youth Program	(888) 279-5655
<input type="checkbox"/>	<b>6. Cuesta College Programs</b>		<input type="checkbox"/>	Goodwill Central Coast	(805) 903-1411
<input type="checkbox"/>	CalWORKs	(805) 546-3970	<input type="checkbox"/>	<b>16. Mental Health (MH)</b>	(805) 781-1177
<input type="checkbox"/>	Foster Kinship Care Education (FKCE)	(805) 546-3970	<input type="checkbox"/>	Martha's Place	(805) 781-4962
<input type="checkbox"/>	7. Department of Rehabilitation	(805) 542-4682	<input type="checkbox"/>	17. Probation (Adult)	(805) 781-1231
<input type="checkbox"/>	<b>8. Department of Social Services</b>		<input type="checkbox"/>	18. Probation (Youth)	(805) 781-1169
<input type="checkbox"/>	Adult Services	(805) 788-2834	<input type="checkbox"/>	19. Public Health (PH)	(805) 781-5543
<input type="checkbox"/>	Child Welfare Services	(805) 781-1701	<input type="checkbox"/>	20. RISE	(805) 226-5401
<input type="checkbox"/>	Participant Services	(805) 781-1686	<input type="checkbox"/>	21. Stand Strong	(805) 781-6410
<input type="checkbox"/>	9. Drug and Alcohol Services (DAS)	(805) 781-1405	<input type="checkbox"/>	<b>22. School Districts</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>10. Family Resource Centers</b>		<input type="checkbox"/>	Atascadero	(805) 462-4421
<input type="checkbox"/>	Los Osos Cares	(805) 234-9264	<input type="checkbox"/>	Paso Robles	(805) 237-3339
<input type="checkbox"/>	San Luis Obispo/Coastal/Central	(805) 543-6567	<input type="checkbox"/>	Templeton	(805) 434-1473
<input type="checkbox"/>	South County SAFE	(805) 474-2025	<input type="checkbox"/>	LMUSD	(805) 473-1587
<input type="checkbox"/>	The LINK - Atascadero	(805) 462-8901	<input type="checkbox"/>	SLCUSD	(805) 543-6567
<input type="checkbox"/>	The LINK - Paso Robles	(805) 226-5437	<input type="checkbox"/>	23. SLO County Office of Ed. (SLOCOE)	(805) 541-1105
<input type="checkbox"/>	<b>11. Foster Family Agencies</b>		<input type="checkbox"/>	24. Transitions-Mental Health Assoc. (T-MHA)	(805) 540-6501
<input type="checkbox"/>	Aspiranet	(805) 473-3312	<input type="checkbox"/>	25. Tri-Counties Regional Center	(805) 543-8725
<input type="checkbox"/>	Family Care Network, Inc	(805) 503-6499	<input type="checkbox"/>	26. Veterans Services of SLO	(805) 781-5769
<input type="checkbox"/>	Family Connections Christian Adoptions	(805) 542-9285	<input type="checkbox"/>	27. Victim Witness Assistance (DA)	(805) 781-5828
<input type="checkbox"/>	Seneca Family of Agencies	(805) 434-3839	<input type="checkbox"/>	29. Other:	
<input type="checkbox"/>	12. HASLO (Housing Authority of SLO)	(805) 543-4992	<input type="checkbox"/>	30. Other:	
<input type="checkbox"/>	<b>13. Homeless Services</b>		<input type="checkbox"/>	31. Other:	
<input type="checkbox"/>	40 Prado Homeless Services Center	(805) 541-5870	<input type="checkbox"/>	32. 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](mailto:bbenassi@co.slo.ca.us).

## Additional Comments:

NOTE: Please do not place any protected information this area. Protected information should 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.

**PERMISO PARA REVELAR INFORMACIÓN Y REFERENCIA PARA MULTI-AGENCIAS  
EN EL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO**

Fecha:	Apellido:	Nombre:	Inicial:
Dirección:	Ciudad/Estado:		Código Postal:
Teléfono casa:	Celular:	Acepta mensajes: Escoja:	Idioma: Escoja:
Padre o Tutor:		Tipo de Caso: Escoja:	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 o académica entre ellas. Si estoy firmando 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 en este documento.

**PROVEEDORES DE TRATAMIENTO-NO NECESITA EL NOMBRE DE UN INDIVIDUO PARA COMPARTIR LA INFORMACIÓN PERSONAL O CUIDADO DE SALUD CON LOS PROVEEDORES DEL TRATAMIENTO**

Iniciales aquí	CenCal Health	Iniciales aquí	Condado de SLO Depto. de Salud Mental
Iniciales aquí	Centros de Salud Comunitarios (CHC)	Iniciales aquí	Transitions-Mental Health Association(T-MHA)
Iniciales aquí	Condado de SLO Depto. de Salud Publica	Iniciales aquí	Hospital: Escoja:
Iniciales aquí	Servicios de Drogas y Alcohol (DAS)	Iniciales aquí	Otro:

**PROVEEDORES SIN TRATAMIENTO-DEBE TENER EL NOMBRE DEL INDIVIDUO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN PERSONAL O CUIDADO DE SALUD DEL PROGRAMA DE ALCOHOL Y DROGAS**

Iniciales aquí	Aegis Treatment Center, LLC	Nombres	
Iniciales aquí	Agencia de Familias de Crianza: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Allan Hancock EOPS/CalWORKs	Nombres	
Iniciales aquí	CAPSLO: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Centros de Recursos Familiar: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Centros de Trabajo: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Condado de SLO Dept. de Libertad Condicional	Nombres	
Iniciales aquí	Condado de SLO Depto. de Servicios Sociales: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Cuesta College: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Departamento de Rehabilitación	Nombres	
Iniciales aquí	Depto. de Servicios para Veteranos-SLO	Nombres	
Iniciales aquí	Distrito Escolar: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	HASLO (Autoridad de Vivienda)	Nombres	
Iniciales aquí	RISE	Nombres	
Iniciales aquí	Servicios para Personas sin hogar: Escoja:	Nombres	
Iniciales aquí	Servicios para Victimas-SLO Fiscal de Distrito	Nombres	
Iniciales aquí	SLO County Office of Ed. (SLOCOE)	Nombres	
Iniciales aquí	Stand Strong	Nombres	
Iniciales aquí	Tri-Counties Regional Center (TCRC)	Nombres	
Iniciales aquí	Otro:	Nombres	
Iniciales aquí	Otro:	Nombres	
Iniciales aquí	Otro:	Nombres	

**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 la información de sus registros de salud o sus registros personales o los registros de salud o registros 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.

**Inicial aquí para indicar que entiende que compartiremos su información de salud mental.**

**Inicial aquí para indicar que entiende que compartiremos su información del Programa de Alcohol y Drogas.**

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

- |  |  |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Resultados de exámenes de drogas y alcohol | <input checked="" type="checkbox"/> Información de pagos de drogas y alcohol         |
| <input checked="" type="checkbox"/> Asistencia al programa de drogas y alcohol | <input checked="" type="checkbox"/> Plan de tratamiento de drogas y alcohol          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Diagnóstico de uso de sustancias           | <input checked="" type="checkbox"/> Discusiones con mi consejero de drogas y alcohol |

**OBJECTIVOS Y LIMITACIONES EN EL USO DE SU INFORMACIÓN PERSONAL O DE SALUD**

La información será utilizada por las agencias indicadas por usted para referirle a los servicios pedidos de las agencias autorizadas en este documento. La información también 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: \_\_\_\_\_ **(No durara mas de 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:
  - County Privacy Officer: 2180 Johnson Ave., San Luis Obispo, CA, 93401
  - O a través de correo electrónico (e-mail) a [privacy@co.slo.ca.us](mailto:privacy@co.slo.ca.us) ; o llamar 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 recibir una copia de esta autorización.
- Una forma conocida como El Aviso de Practicas de Privacidad que se da a los clientes que reciben servicios médicos, proporciona instrucciones para mí si elegí revocar mi autorización e incluye limitaciones en mi revocación. Entiendo que puedo acceder una copia de este aviso en el internet en: <http://www.slocounty.ca.gov/Departments/Health-Agency.aspx>
- 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 mi consentimiento por escrito a menos que se disponga otra cosa en las regulaciones.

<b>Nombre del Empleado:</b>	<b>Organización que completa este formulario:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del Cliente:</b>	<b>Letra de molde:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del Representante:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Fecha:</b>

**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 compartida o 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 - Probation, Departamento de Servicios Sociales). **Si se completa, esta página debe adjuntarse a la página 1 y página 2 del formulario de autorización.**

<b>Nombre Completo del Cliente</b>		<b>Fecha de Nacimiento</b>	
------------------------------------	--	----------------------------	--

**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 personas:**

<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	
<b>Iniciales aquí</b>	Nombre de la Persona:		Nombre de la Agencia:	

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

<b>Iniciales aquí</b>	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.
<b>Iniciales aquí</b>	Resumen de su plan de tratamiento, progreso en el programa, y conformidad.
<b>Iniciales aquí</b>	Cualquier resultado de la prueba de drogas, incluyendo análisis de orina, resultados de la prueba de alcoholemia/ parcheo.
<b>Iniciales aquí</b>	Cualquier 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.**

<b>Nombre del Empleado:</b>	<b>Organización que completa este formulario:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del Cliente:</b>	<b>Letra de molde:</b>	<b>Fecha:</b>
<b>Firma del Representante:</b>	<b>Relación:</b>	<b>Fecha:</b>