



# 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 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.
- 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. Family Care Network, Inc.	(805) 503-6499
<input type="checkbox"/>	2. Allan Hancock EOPS/CalWORKs	(805) 922-2606	<input type="checkbox"/>	14. Aspiranet	(805) 473-3312
<input type="checkbox"/>	<b>3. Comm. Action Partnership of SLO (CAPSLO)</b>	(805) 549-8388	<input type="checkbox"/>	15. Family Connections Christian Adoptions	(805) 542-9285
<input type="checkbox"/>	Child Care Resource Connection	(805) 541-0141	<input type="checkbox"/>	16. Seneca Family of Agencies	(805) 434-3839
<input type="checkbox"/>	Family Preservation/ Parent Education	(805) 541-1264	<input type="checkbox"/>	17. HASLO (Housing Authority of SLO)	(805) 543-4992
<input type="checkbox"/>	Head Start/Early Head Start	(805) 549-0864	<input type="checkbox"/>	<b>18. Homeless Services</b>	
<input type="checkbox"/>	Teen Academic Parenting Program	(805) 541-1264	<input type="checkbox"/>	40 Prado Homeless Services Center	(805) 541-5870
<input type="checkbox"/>	4. CenCal Health	(805) 681-3071	<input type="checkbox"/>	5-Cities Homeless Coalition	(805) 668-2380
<input type="checkbox"/>	5. Community Health Centers (CHC)	(805) 931-2521	<input type="checkbox"/>	ECHO	No Fax
<input type="checkbox"/>	<b>6. County of SLO Health Agency</b>		<input type="checkbox"/>	Housing Support Program (HSP)	(805) 781-1866
<input type="checkbox"/>	Drug & Alcohol Services (DAS)	(805) 781-4271	<input type="checkbox"/>	Salvation Army	No Fax
<input type="checkbox"/>	Mental Health Services (MH)	(805) 781-4271	<input type="checkbox"/>	19. Transitions-Mental Health Assoc. (T-MHA)	(805) 540-6501
<input type="checkbox"/>	Martha's Place	(805) 781-4962	<input type="checkbox"/>	20. Hospital:	
<input type="checkbox"/>	Public Health	(805) 781-5543	<input type="checkbox"/>	<b>21. Job Centers</b>	
<input type="checkbox"/>	Public Guardian	(805) 781-5566	<input type="checkbox"/>	SLOCal Careers Job Center (AJCC)	(805) 439-3937
<input type="checkbox"/>	<b>7. County of SLO Probation</b>		<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"/>	Juvenile	(805) 781-1169	<input type="checkbox"/>	SLOCal Careers Youth Program	No Fax
<input type="checkbox"/>	<b>8. Cuesta College Programs</b>		<input type="checkbox"/>	22. Lumina Alliance	(805) 226-5401
<input type="checkbox"/>	CalWORKs	(805) 546-3970	<input type="checkbox"/>	<b>23. School Districts</b>	
<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"/>	<b>10. Department of Social Services</b>		<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. Eckerd Connects	(805) 286-8530	<input type="checkbox"/>	24. Tri-Counties Regional Center	(805) 543-8725
<input type="checkbox"/>	<b>12. Family Resource Centers</b>		<input type="checkbox"/>	25. Veterans Services of SLO	(805) 781-5769
<input type="checkbox"/>	Los Osos Cares	(805) 234-9264	<input type="checkbox"/>	26. Victim Witness Assistance (DA)	(805) 781-5828
<input type="checkbox"/>	San Luis Obispo/Coastal/Central	(805) 543-6567	<input type="checkbox"/>	27. Other:	
<input type="checkbox"/>	South County SAFE	(805) 474-2025	<input type="checkbox"/>	28. Other:	
<input type="checkbox"/>	The LINK - Atascadero	(805) 462-8901	<input type="checkbox"/>	29. Other:	
<input type="checkbox"/>	The LINK - Paso Robles	(805) 226-5437	<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](mailto: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.)

Form 815 (Spanish)	<b>REMISIÓN A MÚLTIPLES AGENCIAS Y PERMISO DE REVELAR INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO</b>			Autorización Página 1 de 2 Rev. 01/12/2023	
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:	
<b>AUTORIZACIÓN PARA REVELAR E INTERCAMBIAR MI INFORMACIÓN PERSONAL O CUIDADO DE SALUD</b>					
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.					
<b>FAVOR DE PONER SUS INICIALES PARA CADA AGENCIA AUTORIZADA PARA INTERCAMBIAR SU INFORMACIÓN:</b>					
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	Hospital:	
Iniciales aquí	Servicios de Drogas y Alcohol (DAS)		Iniciales aquí	Centro de Trabajo:	
Iniciales aquí	Salud Mental		Iniciales aquí	Ejército de Salvación	
Iniciales aquí	Martha's Place		Iniciales aquí	Distrito Escolar:	
Iniciales aquí	Depto. de Salud Publica		Iniciales aquí	Seneca Family of Agencies	
Iniciales aquí	Public Guardian		Iniciales aquí	Depto. de Educación del Condado (SLOCOE)	
Iniciales aquí	Probation Department:		Iniciales aquí	Alianza Lumina	
Iniciales aquí	Cuesta College:		Iniciales aquí	Transitions-Mental Health Association(T-MHA)	
Iniciales aquí	Depto. de Rehabilitación		Iniciales aquí	Centro Regional de los Tres Condados (TCRC)	
	Depto. de Servicios Sociales (DSS):		Iniciales aquí	Depto. de Servicios para Veteranos - SLO	
Iniciales aquí	Servicos para Adultos		Iniciales aquí	Servicios para Victimas	
Iniciales aquí	Servicios de Bienestar de los Niños		Iniciales aquí	Otro:	
Iniciales aquí	Servicios de Participantes		Iniciales aquí	Otro:	
Iniciales aquí	Centros de Recursos Familiear:		Iniciales aquí	Otro:	
Iniciales aquí	Agenica de Familias de Crianza:		Iniciales aquí	Otro:	
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	Eckerd Connects		Iniciales aquí	Otro:	

: cfa , , % fspanish		REMISIÓN A MÚLTIPLES AGENCIAS Y PERMISO DE REVELAR INFORMACIÓN DE CLIENTES DEL CONDADO DE SAN LUIS OBISPO		Autorización Pagina & de & FYj "01/12/2023			
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.					
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 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 <b>expirará en 2 años desde la fecha firmada</b> o expirará el: _____ <b>Su autorización se vence en 2 años.</b>							
Entiendo que:							
<ul style="list-style-type: none"><li>Tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización.</li><li>Tengo el derecho de revocar y detener esta autorización mediante el envío de una notificación firmada a:<ul style="list-style-type: none"><li>7ci bhmDfj UWhC ZZWf. &amp;% \$'e\bgcb '5j Y"zGUb '@ jg'CVjgdcz75Z-' (\$%</li><li>C a través de correo electrónico (email) al <a href="#">dfj UWh4 Vt'g'c"VW'i g' /c llame al'fj ) ) L' &amp;*!- * &amp;'</a></li><li>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.</li></ul></li><li>Además, entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.</li><li>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 este aviso en el internet en: <a href="#">\Htd.##k k k "g'cVti bhmVW"[cj #8YdUfha Ybhg#&lt;YU'h.!5j YbVWtUgdl</a></li><li>Mi tratamiento, inscripción o elegibilidad para beneficios no serán afectados si yo no firmo esta autorización.</li><li>Bajo petición, puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que estoy permitiendo ser divulgada.</li><li>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.</li><li>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.</li><li>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.</li></ul>							
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.							

**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:**

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