



MULTI-SERVICE REFERRAL FORM

Referral not valid unless accompanied by signed Release of Information. Please attach W-10, discharge summary, and/or most recent assessment, if applicable. Once completed fax to 860-390-1459.

A. DEMOGRAPHICS:

Name: _____ DOB: _____ SS#: _____
Physical Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____
Phone: Primary Phone # _____ Gender: Male Female Other
Primary Language: _____

B. CURRENT DIAGNOSIS:

C. CURRENT TREATMENT / REASON FOR REFERRAL:



MULTI-SERVICE REFERRAL FORM

D. MEDICAL COVERAGE:

Medicaid (Title XIX#):

Medicare #:

Private Insurance Carrier & Policy #:

Group #:

Other / #:

E. MEDICATIONS & DOSAGES:

- 1. 2.
3. 4.
5. 6.

Prescribing Physician/APRN:

Agency:

Phone #:

SERVICES REQUESTED (Check all that apply):

- Medication Management
Bent Crandall Dual-Diagnosis Program
Community Support Program (Case Management)
Social Rehabilitation/Oasis
Individual Therapy
Group Therapy
Supervised Apartment Program
Employment Services
AXS Center (Young Adults)

CONTACT INFORMATION:

Name of Contact Person for Referral:

Phone#: _____

Referring Agency Name: _____

Fax #: _____

BEST WAY TO CONTACT

- Call Client
Call Referral Source



SOUND COMMUNITY SERVICES, INC.
Authorization for Release of Information
Mandatory Release

Name: _____ D.O.B.: _____ SSN: _____

I understand that the information to be exchanged may contain protected substance abuse, psychiatric, and confidential HIV-related information (Protected Health Information).

I authorize Sound Community Services, Inc. to:

[] Release Protected Health Information to: and/or [] Obtain Protected Health Information from:

Individual / Organization Name, Address

The Protected Health Information that may be used or disclosed includes: [Check all that apply]

- [] Complete Medical Record [] Mental Health Information
[] Admission Assessment [] Drug/Alcohol related information
[] Progress Notes [] HIV/AIDS related information
[] Discharge Summary [] Medications
Approximate Episode of Care Dates:
[] All Episodes
[] Specific: _____

[] Other (specify): _____ The information released under this authorization will be used for the following purposes:

[Check all that apply]

- [] Assess for Intake Purposes [] Provide Treatment [] Review History
[] Coordinate Care [] Refer for Services [] Other: _____

I understand this information will be used to provide comprehensive and coordinated services. I agree that a copy of this authorization will be as valid as the original. I understand this consent will expire as designated below, but in no case will it expire later than one year from the date of my signature. I give this consent freely and voluntarily and understand that refusal to grant authorization will not prevent me from utilizing services upon acceptance to Sound Community Services, Inc.

I understand that I may revoke this consent at any time prior to the release of the above information by making the request in writing to Sound Community Services, Inc. as indicated below, but that any such revocation will not apply to information already released. I understand that information, once disclosed to others, may be re-disclosed to entities not subject to the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), and therefore, may no longer be protected by HIPAA.

The confidentiality of this record is required under chapter 899 of the Connecticut General Statutes as well as Title 42 of the United States Code. This material cannot be transmitted to anyone without your written authorization, as provided for in these statutes and described in detail in the Sound Community Services Privacy Notification.

Signature of person served Date Staff Signature Date (or authorized representative)

*Note: If you are signing as the legal representative of the person served, please indicate your relationship: (This should demonstrate your authority to consent to health care for the person served)

Expiration Date (Note: Release expires 1 year after the date signed by the person served unless otherwise noted here.)

I, _____ have decided to withdraw my authorization for Sound Community Services, Inc. to obtain or disclose protected health information to the above person, provider, or agency.

Signature of person served Date Staff Signature Date (or authorized representative)



SOUND COMMUNITY SERVICES, INC.
Autorización para la divulgación de Información

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento _____ N.S.S _____

Entiendo que la información a intercambiar puede contener el abuso de sustancias protegidas, la información psiquiátrica y confidencial relacionada con el VIH/SIDA (información de salud protegida).

Autorizo a Sound Community Services, Inc. a:

[] Emitir (buscar) información de salud protegida para: y/o [] Obtener información protegida de salud de:

Nombre Individual/Organización, Dirección

La información de salud protegida que se puede utilizar o divulgar incluye: [Marque todas las que apliquen]

- [] Registro Médico completo [] Información sobre Salud Mental Episodio aproximado de las fechas de cuidado:
[] Evaluación de Admisión [] Información relacionada con Drogas y Alcohol [] Todos los Episodios
[] Notas de Progreso [] Información relacionada con el VIH/SIDA [] Específico: _____
[] Reporte de Alta Medico [] Medicamentos

[] Otros (especifiqué): _____

La información publicada bajo esta autorización será utilizada para los siguientes propósitos: [Marque todos los que apliquen]

- [] Evaluar para Propósito de admisión [] Proporcione el tratamiento [] Historia de la revisión
[] Coordinación de Cuidado [] Refiérase a los servicios [] Otros: _____
[] Coordinación de Pago

Entiendo que esta información se usará para proporcionar servicios integrales y coordinados. Estoy de acuerdo en que una copia de esta autorización será tan válida como el original. Entiendo que este consentimiento expirará como se indica a continuación, pero en ningún caso expirará más tarde de un año a partir de la fecha de mi firma. Doy este consentimiento libre y voluntariamente y entiendo que la negativa a otorgar la autorización no me impedirá utilizar los servicios a la aceptación de Sound Community Services, Inc.

Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento antes de la publicación de la información anterior, haciendo la solicitud por escrito a Sound Community Services, Inc. como se indica a continuación, pero que cualquier revocación no se aplicará a la información ya publicada. Entiendo que la información, una vez revelada a otros, puede ser revelada a entidades no sujetas a la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA), y por lo tanto, puede que ya no esté protegida por HIPAA.

La confidencialidad de este registro es requerido bajo el capítulo 899 de los Estatutos generales de Connecticut, así como el título 42 del código de Estados desatados. Este material no puede ser transmitido a nadie sin su autorización por escrito, según lo estipulado en estos estatutos y descrito detalladamente en la notificación de privacidad de Sound Community Services.

Firma de la persona atendida Fecha Firma del Personal Fecha
(O representante autorizado)

*Nota: Si usted está firmando como el representante legal de la persona atendida, por favor indique su relación: (esto debe demostrar su autoridad para dar su consentimiento a la atención médica para la persona atendida)

Fecha de Vencimiento (Nota: la fecha de espiración, es año después de la fecha firmada por la persona servida a menos que se indique lo contrario aquí.)

Yo, _____ he decidido retirar mi autorización para Sound Community Services, Inc. para obtener o reveler información de salud protegida a la persona, proveedor o agencia mencionada arriba.

Firma de la persona atendida Fecha Firma del Personal Fecha
(O representante autorizado)