



MULTI-SERVICE REFERRAL FORM

Please attach to this form an ROI, W-10, discharge summary, most recent assessment, and/or other relevant documentation to support referral determination and fax to **860-390-1459**.

CLIENT INFORMATION

Legal Name: _____ DOB: _____ SS#: _____

Physical Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Primary Phone #: _____ Primary Phone notes: _____

Primary Language: _____ Legal Gender: ☐ Male ☐ Female

Preferred Pronouns (*please indicate*): ☐ He/Him ☐ She/Her ☐ They/Them ☐ Zi/Zir

Is the above client currently under conservatorship, guardianship, or has a power of attorney making medical decisions on this person's behalf?

☐ Yes ☐ No If yes, documentation must be submitted prior to referral consideration.

MEDICAL COVERAGE

Primary Insurance – Carrier: _____ Subscriber: _____

Policy #: _____ Group#: _____ Insurance Company Phone#: _____

Secondary Insurance – Carrier: _____ Subscriber: _____

Policy #: _____ Group#: _____ Insurance Company Phone#: _____

CURRENT TREATMENT

Current Diagnosis(es): _____

Reason for Referral (*include all current BH treatment*): _____

Medications & Dosages

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

3. _____ 6. _____



If a long-acting injectable (LAI) is being prescribed, what is the last date of administration? _____

Prescribing Physician/APRN: _____ Phone #: _____

Agency: _____

VNA Provider (*if applicable*): _____

SERVICES REQUESTED (*check all that apply*)

- | | |
|--|--|
| ☐ Individual therapy | ☐ Medication Management |
| ☐ Bent Crandall Dual-Diagnosis Program | ☐ Group Therapy |
| ☐ Community Support Program (case management) | ☐ Supervised Apartment Program |
| ☐ Social Rehabilitation/Oasis | ☐ AXS Center (young adult social rehab) |

Contact Person for Referral: _____ Phone #: _____

Referring Agency: _____ Fax#: _____

NOTE: We will always contact the referred person to schedule unless legal documentation demonstrates that medical decision-making is the responsibility of another party.

Client Authorization to Obtain or Release Health Information

Name of Client: _____ Date of Birth: _____

I authorize SOUND COMMUNITY SERVICES, INC. (SCSI) to: ☐ Release Information To: ☐ Obtain Information From:

Person/Entity Name: _____ Phone # _____

Address: _____ Fax # _____

The following information/records will be **included only if checked**: (check the appropriate boxes)

☐ Substance use disorder information ☐ Mental health information ☐ HIV-related information

NOTE: By signing this Authorization for any type of Protected Health Information, you are authorizing the disclosure of Reproductive Health Care Information.

The records and information to be obtained/released **shall include**: (check the appropriate box)

☐ **Entire client record**, including information/records pertaining to medical, psychiatric, other health related information, and information/records received from other health care providers, the Department of Children and Families, the Department of Corrections and other government agencies or third parties. Psychotherapy notes will not be included; **OR**

☐ **Only the following specified information/records from the client record**, including information from other health care providers and agencies. Psychotherapy notes will not be included: (check the appropriate boxes)

☐ Initial Clinical Evaluation	☐ Medication Prescription Documentation
☐ Clinical Progress Notes	☐ Discharge/Transfer Summary
☐ Case Management Notes	☐ Medical Laboratory Results
☐ Treatment or Service Plan(s)	☐ Drug Screen Results
☐ Medical Progress Notes	☐ Progress Reports
☐ Psychiatric Evaluation	☐ Other _____; OR

☐ **Only Psychotherapy Notes**. If this box is chosen, only psychotherapy notes will be disclosed, regardless of any selections made above.

Dates of treatment covered by this Authorization:

☐ All prior episodes of care
☐ Limited to the following dates: _____
☐ Ongoing Communication: I authorize ongoing information exchange, oral or written.
This exchange will expire: _____ (insert date or expiration event)

If you have participated in more than one SCSI program and would like to limit the information released under this Authorization to a certain program or programs, please specify the program(s) authorized to release the information specified above: _____

Purpose of the release: ☐ Care Coordination ☐ Payment ☐ Legal (Judicial/Administrative) Proceeding
☐ Law Enforcement ☐ Coroner/Medical Examiner ☐ Health Oversight Activities
☐ Other _____

DATE, EVENT, OR CONDITION WHEN THIS AUTHORIZATION IS TO EXPIRE: (should be related to purpose(s) of authorization): _____

Name of Client: _____ Date of Birth: _____

ACKNOWLEDGEMENTS - PLEASE REVIEW CAREFULLY:

I understand that SCSi may not condition my present or future treatment based on whether I sign this Authorization. I also understand that I have the right to revoke this Authorization, in writing, at any time, unless action has been taken in reliance on this Authorization, which may include the provision of services in reliance on my consent to disclose information to a third-party payer.

I understand that the information/records used or disclosed by this Authorization may be subject to re-disclosure by the recipient and may no longer be protected by federal or state privacy laws; provided that if I am authorizing the release of HIV-related, mental health, or substance abuse treatment information/records, the recipient is prohibited from further disclosing such information/records without my specific written consent unless otherwise permitted under federal or state law.

I have read this Authorization or had it explained to me, and I understand its contents.

Signature: _____ Date: _____

Name of Person Signing (PRINTED): _____

Please check off the basis for your authority to sign this Authorization: ☐ Self ☐ Parent of Minor ☐ Guardianship Order
☐ Power of Attorney ☐ Conservator of Person ☐ Other: _____

To be completed by Staff:

COPY ACCEPTED BY CLIENT/REPRESENTATIVE ☐ Yes ☐ No

Staff Completing Authorization (Printed Name): _____ Date: _____

Program of Staff obtaining the Authorization: _____

NOTICE TO PERSON OR ENTITY RECEIVING DISCLOSED PROTECTED HEALTH INFORMATION

FOR AUTHORIZATION FOR RELEASE OF SUBSTANCE USE DISORDER AND/OR TREATMENT INFORMATION ONLY: This record which has been disclosed to you is protected by federal confidentiality rules (42 CFR Part 2). The federal rules prohibit you from making any further disclosure of this record unless further disclosure is expressly permitted by the written consent of the individual whose information is being disclosed or otherwise permitted by 42 CFR Part 2. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose (see § 2.31). The federal rules restrict any use of the information to investigate or prosecute with regard to a crime any patient with a substance use disorder, except as provided at §§ 2.12(c)(5) and 2.65.

FOR AUTHORIZATION FOR RELEASE OF HIV-RELATED INFORMATION ONLY: This information has been disclosed to you from records protected by Connecticut law. Connecticut law prohibits you from making any further disclosure of this information without the specific written consent of the person to whom it pertains, or as otherwise permitted by Connecticut law. A general authorization for the release of medical or other information is NOT sufficient for this purpose.

FOR AUTHORIZATION FOR RELEASE OF ANY MENTAL HEALTH OR SUBSTANCE USE DISORDER INFORMATION: The confidentiality of this information is required under chapter 899 of the Connecticut general statutes. This information shall not be transmitted to anyone without written consent or other authorization as provided in chapter 899 of the Connecticut general statutes.

FOR AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MENTAL HEALTH INFORMATION ONLY: This information has been disclosed to you from records whose confidentiality is protected by state law. State regulations prohibit you from making any further disclosure of this information without the prior written consent of the person to whom it pertains.

Cliente Autorización para Obtener o liberar Salud Información

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Autorizo a SOUND COMMUNITY SERVICES, INC. (SCSI) a: ☐ Liberar información para: ☐ Obtener información de:

Nombre de la persona/entidad: _____ Teléfono#: _____

Dirección: _____ Fax#: _____

La siguiente información / registros se **incluirá solo si está marcada**: (marque las casillas correspondientes)

☐ Información sobre el trastorno por uso de sustancias ☐ Información sobre la salud mental ☐ Información relacionada con el VIH

Tenga en cuenta que: Al firmar esta Autorización para cualquier tipo de Información de salud protegida, usted autoriza la divulgación de Información de atención de salud reproductiva

Los registros y la información que se **obtendrán/divulgarán incluirán**: (marque la casilla correspondiente)

☐ **Registro completo del cliente**, incluida la información/registros relacionados con información médica, psiquiátrica, otra información relacionada con la salud e información/registros recibidos de otros proveedores de atención médica, el Departamento de Niños y Familias, el Departamento de Correcciones y otras agencias gubernamentales o terceros. No se incluirán notas de psicoterapia; **O**

☐ **Elimine la siguiente información / registros especificados del registro del cliente**, incluida la información de otros proveedores y agencias de atención médica. No se incluirán notas de psicoterapia: (marque las casillas correspondientes)

☐ Evaluación clínica inicial

☐ Notas de progreso clínico

☐ Notas de gestión de casos

☐ Plan(es) de tratamiento o servicio

☐ Notas de progreso médico

☐ Evaluación psiquiátrica

☐ Documentación de prescripción de medicamentos

☐ Resumen de alta/transferencia

☐ Resultados de laboratorio médico

☐ Resultados de la prueba de detección de drogas

☐ Informes de progreso

☐ Otros _____

_____; **O**

☐ **Solo notas de psicoterapia.** Si se elige esta casilla, solo se divulgarán las notas de psicoterapia, independientemente de las selecciones realizadas anteriormente.

Fechas de tratamiento cubiertas por esta Autorización (marque todas las casillas que correspondan):

☐ Todos los episodios previos de atención

☐ Limitado a las siguientes fechas: _____

☐ Comunicación continua: Autorizo el intercambio continuo de información, oral o escrita.

Este intercambio expirará: _____

Propósito de la liberación: ☐ Coordinación de la atención ☐ Pago ☐ Procedimientos legales ☐ Agente de la Ley

☐ Procedimiento Legal (Judicial/Administrativo) ☐ Forense/Médico Forense ☐ Actividades de Supervisión de la Salud

☐ Otros _____

FECHA, EVENTO, O CONDICIÓN CUANDO ESTA AUTORIZACIÓN VA A EXPIRAR: (debe estar relacionada con los propósitos de la autorización; si no se especifica ninguna fecha, evento o condición, esta Autorización expirará automáticamente un año después de la fecha de alta de SCSI): _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

AGRADECIMIENTOS - POR FAVOR REVISE CUIDADOSAMENTE:

Entiendo que SCSi puede no condicionar mi tratamiento presente o futuro en función de si firmo esta Autorización. También entiendo que tengo el derecho de revocar esta Autorización, por escrito, en cualquier momento, a menos que se hayan tomado medidas en base a esta Autorización, que puede incluir la prestación de servicios en función de mi consentimiento para divulgar información a un tercero pagador.

Entiendo que la información / registros utilizados o divulgados por esta Autorización pueden estar sujetos a una nueva divulgación por parte del destinatario y ya no pueden estar protegidos por las leyes de privacidad federales o estatales; siempre que si estoy autorizando la divulgación de información / registros relacionados con el VIH, la salud mental o el tratamiento del abuso de sustancias, el destinatario tiene prohibido divulgar aún más dicha información / registros sin mi consentimiento específico por escrito a menos que se permita lo contrario bajo el gobierno federal o estatal. ley.

He leído esta Autorización o me la han explicado, y entiendo su contenido.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona que firma (IMPRESO): _____

Por favor, marque la base de su autoridad para firmar esta Autorización: ☐ Auto ☐ Orden de Tutela
☐ Poder Notarial ☐ Conservador de Persona ☐ Otro: _____

A completar por el personal:

COPIA ACEPTADA POR EL CLIENTE/REPRESENTANTE ☐ Sí ☐ No

Personal que completa la autorización (nombre impreso): _____ Fecha: _____

Programa de Personal que obtiene la Autorización: _____

AVISO A LA PERSONA O ENTIDAD QUE RECIBE INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA DIVULGADA

PARA AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS Y / O TRATAMIENTO SOLAMENTE: Este registro que se le ha revelado está protegido por las reglas federales de confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las reglas federales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de este registro a menos que la divulgación adicional esté expresamente permitida por el consentimiento por escrito de la persona cuya información está siendo divulgada o permitida de otra manera por 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito (ver § 2.31). Las reglas federales restringen cualquier uso de la información para investigar o procesar con respecto a un delito a cualquier paciente con un trastorno por uso de sustancias, excepto según lo dispuesto en §§ 2.12 (c) (5) y 2.65.

SOLO PARA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN RELACIONADA CON EL VIH: Esta información se le ha divulgado a partir de registros protegidos por la ley de Connecticut. La ley de Connecticut le prohíbe hacer cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento específico por escrito de la persona a la que pertenece, o según lo permita la ley de Connecticut. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para este propósito.

PARA LA AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE CUALQUIER INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL O TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS: La confidencialidad de esta información se requiere bajo el capítulo 899 de los estatutos generales de Connecticut. Esta información no se transmitirá a nadie sin el consentimiento por escrito u otra autorización según lo dispuesto en el capítulo 899 de los estatutos generales de Connecticut.

SOLO PARA AUTORIZACIÓN PARA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD MENTAL: Esta información le ha sido revelada a partir de registros cuya confidencialidad está protegida por la ley estatal. Las regulaciones estatales le prohíben hacer cualquier divulgación adicional de esta información sin el consentimiento previo por escrito de la persona a quien pertenece.