



COUNTY OF SAN LUIS OBISPO HEALTH AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT
Prevention & Outreach Division

Jeff Hamm, Health Agency Director

Anne Robin, LMFT Behavioral Health Director

Dear parent/guardian,

Your student has expressed interest in and/or has been referred to counseling services. Counseling services take place at school, during school hours and are provided free by San Luis Obispo County Behavioral Health Department. Our Student Support Counselors assist students with a variety of concerns ranging from academic, personal, and social issues as well as drug & alcohol education as needed. Students participate in either individual or group sessions, depending on a student's reason for referral and desire to participate in services.

Information and issues discussed in counseling are confidential, unless designated in writing; however, exceptions to confidentiality include, but are not limited to, information indicating harm to self or others, which would require action to ensure safety.

Counseling services are voluntary, and the student and/or parent/guardian can terminate treatment/counseling at any time.

Attached you will find a "Participation Agreement" form and a "Release for Information" form; **both forms must be signed by the student and the student's parent/guardian in order to receive counseling services.**

If you have any questions or concerns, please feel free to contact your school's Student Support Counselor, Jaime Christensen, M.A., MFTI, by calling the school and leaving a message at (805) 596-4023.

Thank you!

The Health Agency complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex or any other protected class

County of San Luis Obispo Health Agency-Behavioral Health Department/Prevention & Outreach Division

277 South St., Ste. T | San Luis Obispo, CA 93401 | (P) 805-781-4754 | (F) 805-781-4297

info@slocounty.ca.gov | slocounty.ca.gov

San Luis Obispo County Behavioral Health Department Participation Agreement

- Prevention and Outreach 277 South St. Suite T, San Luis Obispo, CA 93401 Phone 781-4754 FAX: 781-4297

Behavioral Health Services Participation Agreement:

I agree to allow SLO Behavioral Health Department to provide behavioral health services for me. I agree to:

- Participate in the assessment of my need for services.
- Discuss service options.
- Participate in services and activities.

My Rights:

I understand I have the right to:

- Be informed about specific services, including information about risks, benefits, and alternatives to each service proposed.
- Receive a copy of my records at my request.
- Receive professional care. I understand that there is no guarantee that desired results will be obtained.
- Refuse or discontinue any service. For minors, the legal guardian has the right of refusal, unless the minor, aged 12 or above, consented or could have consented to his/her own care.

My Responsibilities:

- I understand that my participation includes appointments with behavioral health professionals and that maximum benefit can only occur with consistent attendance and my active involvement.
- I understand that as an individual participating, I am expected to conduct myself in an appropriate and respectful manner, and to protect the confidentiality of fellow clients. I understand that any aggressive, violent, or threatening behavior or violation of confidentiality may be the basis for exclusion from all or some services.
- I understand that my records are protected under the federal regulations governing Confidentiality of Alcohol and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA), 45 C.F.R. Parts 160 and 164 and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. *Exceptions to this confidentiality are: medical emergencies, a judge's order to release the information, suspected abuse of a child, dependent adult or elder, or in the event that a client is of danger to self or someone else.*
- I also understand that I may revoke this agreement at any time and this agreement expires automatically one year (1 year) from the date services end.
- I understand that I may inspect or obtain a copy of the health information that I am being asked to allow the use or disclosure of under this authorization.

I understand that this participation agreement is effective for the duration of my services with San Luis Obispo County Behavioral Health Department unless expressly revoked. My signature or the signature of a guardian in my place indicates that this consent form has been explained to me in a language that I can understand, and that I or my guardian agree(s) with the above.

Signature of Student: _____ Date: _____ Time: _____

Signature of Legally Responsible Person: _____ Date: _____ Time: _____

Staff Witness: _____ Date: _____ Time: _____

CONSENT FOR THE DISCLOSURE, USE AND EXCHANGE OF CONFIDENTIAL INFORMATION

Name of Client: _____ DOB: _____

I authorize San Luis Obispo County Behavioral Health Prevention and Outreach Services to disclose, use and exchange information to:

- County Mental Health _____
- County Drug & Alcohol Services (Name of person or organization to which disclosure is to be made)
- Transitions Mental Health
- Mobile Crisis Team
- Family Care Network _____
- Kinship Center (Name of person or organization to which disclosure is to be made)
- Child Development Center
- San Luis Obispo County Office of Education

And include the following information: _____

The purpose of the disclosure authorized is to (be as specific as possible):

I understand that my Student Support Counseling records are protected under the Federal regulations governing Confidentiality and Drug Abuse Patient Records, 42 C.F.R. Part 2, and the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts 160 & 164, and cannot be disclosed without my written consent unless otherwise provided for in the regulations. Anytime drug and alcohol treatment information is re-disclosed a new Authorization will be necessary unless the disclosure is required or permitted by law (45CFR 164.508(c)(2)(iii)). Mental Health records are protected under California Law (W&I 5328 et seq).

I also understand that I may revoke this consent in writing at any time by sending my written revocation to Medical Records, Drug and Alcohol Services, 2180 Johnson Avenue, San Luis Obispo, CA 93401. Except to the extent that action has been taken in reliance on it and in any event this consent expires automatically as follows: One year from date signed.

Revocability of Release

Under the Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 (HIPAA) and 42 C.F.R. Part 2 you have the right to revoke any release of information that you have previously signed giving San Luis Obispo Drug and Alcohol Services permission to release information to another agency, business, person, or organization. However, both HIPAA and 42 C.F.R. Part 2 provide that if a program has already made a disclosure prior to the revocation, the program has acted in reliance on the consent and is not required to try to retrieve the information it has already disclosed. 45 C.F.R. § 164.508(b)(5); 42 C.F.R. § 2.31(a)(8).

I understand that generally San Luis Obispo County Behavioral Health, Prevention and Outreach Services may not condition my treatment on whether I sign a consent form, but that in certain limited circumstances I may be denied treatment if I do not sign a consent form.

You are entitled and will be provided with a signed copy of this Authorization Form upon your request.

Dated: _____

Signature of Client

Signature of Parent, Guardian or Authorized Representative where required



COUNTY OF SAN LUIS OBISPO HEALTH AGENCY
BEHAVIORAL HEALTH DEPARTMENT
Prevention & Outreach Division

Jeff Hamm, Health Agency Director

Anne Robin, LMFT Behavioral Health Director

Estimados padre/guardián,

Su hijo(a) ha expresado interés en/ó ha sido referido a servicios de consejería. Los servicios de consejería se llevan a cabo en la escuela, durante el horario escolar y son proporcionados gratuitamente por el Condado de San Luis Obispo Departamento de Salud Mental. Nuestros consejeros de apoyo estudiantil ayudan con una variedad de servicios que incluyen asuntos académicos, personales y sociales, así como educación sobre drogas y alcohol según sea necesario. Los estudiantes son atendidos, en grupo ó en sesiones individuales, dependiendo de la razón por la cual se hizo la referencia y el deseo de participar en estos servicios.

Información y los asuntos tratados en consejería son confidenciales a menos que sean designados por escrito. No obstante, hay excepciones de confidencialidad que incluyen, pero que no se limitan a, información que indique daño a sí mismo ó a alguien más la cual requiere tomar acción por seguridad.

Los servicios de consejería son voluntarios, y el estudiante ó los padres / guardián pueden terminar la consejería en cualquier momento.

Adjunto encontrará un formulario de "Acuerdo de Participación" y un formulario de "Liberación de información"; **Ambos formularios deben ser firmados por el estudiante y el padre / guardián del estudiante para recibir servicios de consejería.**

Si tiene alguna pregunta ó preocupación, por favor comuníquese con el Consejero de Apoyo estudiantil de su escuela, Jaime Christensen, puede llamar a la oficina de la escuela y dejar un mensaje al (805) 238-0286.

¡Gracias!

The Health Agency complies with Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, sex or any other protected class

County of San Luis Obispo Health Agency-Behavioral Health Department/Prevention & Outreach Division

277 South St., Ste. T | San Luis Obispo, CA 93401 | (P) 805-781-4754 | (F) 805-781-4297

info@slocounty.ca.gov | slocounty.ca.gov

El Condado de San Luis Obispo Departamento de Salud Mental Acuerdo de Participación

○ Prevention and Outreach 277 South St. Suite T, San Luis Obispo, CA 93401 Phone 781-4754 FAX: 781-4297

Acuerdo de Participación de Servicios de Salud Mental:

Estoy de acuerdo en permitir que el Condado de San Luis Obispo Departamento de Salud Mental proporcione servicios de salud para mí. Estoy de acuerdo con:

- Participar en la evaluación de mi necesidad de servicios.
- Discutir las opciones de servicio.
- Participar en servicios y actividades.

Mis derechos:

Entiendo que tengo derecho a:

- Ser informado sobre servicios específicos, incluyendo información sobre riesgos, beneficios y alternativas a cada servicio propuesto.
- Recibir una copia de mis archivos a mi solicitud
- Recibir atención profesional. Entiendo que no hay garantía de que se obtengan los resultados deseados.
- Rechazar ó interrumpir cualquier servicio. En el caso de los menores de edad, el tutor legal tiene el derecho de denegación, a menos que el menor, de 12 años ó más, haya consentido ó haya consentido a su propio cuidado.

Mis responsabilidades:

- Entiendo que mi participación incluye citas con profesionales de la salud mental y que el máximo beneficio sólo puede ocurrir con la asistencia constante y mi participación activa.
- Entiendo que como individuo que participante, se espera que me comporte de una manera apropiada y respetuosa, y para proteger la confidencialidad de otros clientes. Entiendo que cualquier comportamiento agresivo, violento ó amenazante ó violación de la confidencialidad puede ser la base para la exclusión de todos ó de algunos servicios.
- Entiendo que mis archivos del programa estudiantil de tratamiento de alcohol y /ó drogas están protegidos bajo las regulaciones Federales gobernado por los Archivos de Confidencialidad y Abuso de Drogas del Paciente, 42 C.F.R. Parte 2, y por el Acto de Portabilidad y Contabilidad de la Información de Seguro de Salud de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Partes 160 & 164, y no podrán ser revelados sin mi consentimiento escrito salvo que sea permitido por las regulaciones. *Las excepciones a esta confidencialidad son: emergencias médicas, orden de un juez para divulgar la información, sospecha de abuso de un niño, adulto dependiente ó anciano, ó en el caso de que un cliente es un peligro para sí mismo ó alguien más.*
- También entiendo que puedo revocar este acuerdo en cualquier momento y este acuerdo expira automáticamente un año (1 año) desde la fecha en que terminan los servicios.
- Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información de salud que se me pide que permita el uso o la divulgación bajo esta autorización.

Entiendo que este acuerdo de participación es efectivo durante la duración de mis servicios con el condado de San Luis obispo Departamento de Salud mental, a menos que sea expresamente revocado. Mi firma ó la firma de un guardián en mi lugar indica que este formulario de consentimiento se me ha explicado en un idioma que puedo entender, y que yo ó mi guardián estamos de acuerdo con lo mencionado anteriormente.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____

Firma de la Persona Legalmente Responsable: _____ Fecha: _____

Firma de Testigo: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

Nombre del cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Yo autorizo a San Luis Obispo County Droga y Alcohol servicios a revelar a:

_____ Condado de Salud Mental
(Nombre de la persona u organización que la divulgación es hacerse)

(Nombre de la persona u organización que la divulgación es hacerse)

La siguiente información: cliente identificar información, resultados de las pruebas de drogas, diagnóstico, plan de tratamiento, asistencia y progreso en el tratamiento, _____

(Naturaleza y cantidad de información a ser divulgada; tan limitado como sea posible)

El propósito de la divulgación autorizada en este es (ser tan específica como sea posible):

Miembros de la familia; isted debajo de mensajes telefónicos, información de pago y programación de citas

Nombre	Relación al Cliente	Numero de teléfono

Entiendo que mi historial de tratamiento de alcohol y/o drogas está protegidos bajo los reglamentos federales de confidencialidad y registros de paciente de abuso de drogas, 42 C.F.R. parte 2 y el Health Insurance Portability Accountability Act de 1996 ("HIPAA"), 45 C.F.R. Pts 160 & 164 y no puede divulgarse sin mi consentimiento por escrito a menos que se disponga en el Reglamento. También entiendo que puedo revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que se han tomado medidas en la confianza en él, y que en ningún caso este consentimiento caduca automáticamente de la siguiente manera (especificación de la fecha, evento o condición sobre la cual expira este consentimiento): un año desde la fecha firmada.

Entiendo que generalmente servicios de Alcohol y drogas Condado de San Luis Obispo pueden no condicionar mi tratamiento en si firmar un formulario de consentimiento, pero que en ciertas circunstancias limitadas puedo negar tratamiento si no firmar un formulario de consentimiento.

Revocability of Release

Bajo el Health Insurance Portability y Accountability Act de 1996 (HIPAA) y 42 C.F.R. parte 2 usted tiene el derecho de revocar cualquier divulgación de información que usted haya firmado previamente dando San Luis Obispo de drogas y Alcohol servicios permiso para divulgar información a otra agencia, negocio, persona u organización. Sin embargo, tanto HIPAA y 42 C.F.R. parte 2 proporcionan que si un programa ya ha hecho una divulgación antes de la revocación, el programa ha actuado en dependencia de la autorización y no es necesaria para tratar de recuperar la información que ya ha revelado. 45 C.F.R. § 164.508(b)(5); 42 C.F.R. § 2.31(a)(8).

Fecha: _____

Firma del Cliente

Firma del padre, tutor o representante autorizado donde se requiera

CLIENT NAME: _____

CLIENT NUMBER: _____