



**Jurupa Unified School District**  
 Parent Involvement & Community Outreach  
 Training & Support Services Center  
 3924 Riverview Drive  
 Jurupa Valley, CA 92509  
 Phone: 951-360-4175

**Office Use Only**  
 Date referral rec'd: \_\_\_\_\_  
 Referral rec'd by: \_\_\_\_\_

**Project HeART Referral Form**

**School Use Only**

School Name: \_\_\_\_\_  
 Referring Party & Title: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

**Referral Type:**  Insurance Coverage  Medical  
 Dental  Vision  Cal-Fresh  Housing  Food  
 Request Vision Voucher (America's Best) \_\_\_\_\_  
 Date of Referral: \_\_\_\_\_



**Parent/Guardian to Complete**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Mother: \_\_\_\_\_  
 Date of Birth: \_\_\_\_\_  Male  Female Father: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Legal Guardian: \_\_\_\_\_  
 City and Zip: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Ethnicity: \_\_\_\_\_ Alternate Phone: \_\_\_\_\_  
 Preferred Language: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_  
 Number of people in household: \_\_\_\_\_ Total Annual Income: \_\_\_\_\_  
 Type of medical insurance: \_\_\_\_\_  
 Referral Detail (how can we help?): \_\_\_\_\_

1. I consent for a Project HeART volunteer provider to provide evaluation and treatment of the above referenced child and that he/she is seeing my child for this time only. I understand that he/she will not become my child's permanent provider and is providing this care on this date only. I will arrange for follow-up care at my own expense. I understand this program does not cover hospitalization or other expenses.
2. I have completed and signed the attached permission to release health information to the Jurupa Unified School District and Participating Providers. This information will remain confidential and will be used only to improve and expand Project HeART services to children.
3. The recipient hereby agrees to indemnify and hold Project HeART, the school district and the governing board, the individuals thereof, and all officers, agents and employees free and harmless from any loss damage, liability or cost of expense that may arise during or caused by such treatment provided.
4. I certify the above household and income information is true and correct to the best of my knowledge.
5. I understand that my referral is first provided to Borrego Health for assessment and recommendation.
6. Vision Voucher: I consent to being contacted by a representative from America's Best Contacts & Eyeglasses to redeem my voucher for a vision test and eyeglasses. Initials \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



**JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT**

**AUTHORIZATION TO USE OR DISCLOSE PROTECTED HEALTH INFORMATION (PHI)  
AND AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION**

I hereby authorize use or disclosure of the named individual's health information.

DATE:		
<b>STUDENT/CLIENT</b>		
LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
ADDRESS:	CITY, STATE:	ZIP CODE:
TELEPHONE NUMBER:	DATE OF BIRTH:	
<b>THE FOLLOWING ORGANIZATION IS AUTHORIZED TO OBTAIN OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION</b>		
<p><b>NAME OF ORGANIZATIONS:</b></p> <p><b>JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT</b> 4850 Pedley Rd., Jurupa Valley, CA 92509 (951) 360-4100</p> <p><b>VICTOR COMMUNITY SUPPORT SERVICES</b> 265 San Jacinto River Rd., Suite 107, Lake Elsinore, CA 92503 (951) 674-9243</p> <p><b>MFI RECOVERY CENTER</b> 5870 Arlington Ave., Suite 103, Riverside, CA 92504 (951) 683-6596</p> <p><b>FAMILY SERVICES ASSOCIATION</b> 21250 Box Springs Rd., Suite 212, Moreno Valley, CA 92557 (951) 686-1096 8172 Magnolia Ave, Riverside, CA 92504 (951) 353-0129</p> <p><b>RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM - BEHAVIORAL HEALTH</b> 3125 Myers St., Riverside, CA 92503 (951) 358-4840 3075 Myers St., Riverside, CA 92503 (951) 358-4625 1195 Magnolia Ave., Corona, CA 92879 (951) 273-0608 2085 Rustin Ave., Riverside, CA 92507</p> <p><b>WYLIE CENTER</b> 4164 Brockton Ave., Riverside, CA 92501 (951) 683-5193</p> <p><b>NEIGHBORHOOD HEALTHCARE</b> 4371 Latham St., Riverside, CA 92501 (833) 867- 4642 903 E. Devonshire Ave., CA 92543 (951) 216- 6100 26926 Cherry Hills Blvd., CA 92586 (951) 255-6400</p>	<p><b>INLAND REGIONAL CENTER- INLAND EMPIRE</b> Riverside Office- 1500 Iowa Ave., Ste. 100, Riverside, CA 92507 (951) 826-2600 San Bernardino Office- 1365 S. Waterman Ave., San Bernardino, CA 92408 (909) 890-3000</p> <p><b>TESSIE CLEVELAND COMMUNITY SERVICES CORP.</b> 3576 Arlington Ave., Suite 100, Riverside, CA 92506 (951) 374-1555 ext. 8010</p> <p><b>ALMA FAMILY SERVICES</b> 3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509</p> <p><b>HOUSE OF RUTH</b> 3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509</p> <p><b>COUNTY OF RIVERSIDE – DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES</b> All Office Locations</p> <p><b>LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER</b> 11234 Anderson St., Loma Linda, CA 92354 877-558-6248</p> <p><b>SMILE UNTO HIM CLINIC</b> 6611 Arlington Ave., Ste. G, Riverside, CA 92504</p> <p><b>AMERICA'S BEST CONTACT &amp; EYEGLASSES</b> 1285 Cantu Galleano Ranch Rd., Eastvale, CA 91752</p>	

**THIS INFORMATION MAY BE OBTAINED OR RELEASED BY THE FOLLOWING ORGANIZATION**

NAME OF ORGANIZATION:

**JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
4850 PEDLEY ROAD  
JURUPA VALLEY, CA 92509  
951-416-1572**

CASE DATE:

PURPOSE OF REQUEST:

**THE FOLLOWING INFORMATION IS TO BE DISCLOSED:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> All records including, but not limited to:<br><input type="checkbox"/> Psychiatric Records | <input type="checkbox"/> Drug/Alcohol Rehabilitation Records<br><input type="checkbox"/> Psychological Records<br><input type="checkbox"/> Other: _____ |
|---|---|

**RIGHT TO REVOKE:** I understand that I have the right to revoke this authorization at any time. I understand if I revoke this authorization I must do so in writing. I understand that the revocation will not apply to the information that has already been released based on this authorization.

**SENSITIVE INFORMATION:** I understand that the information in my record may include information about behavioral or mental health services or treatment for alcohol and drug abuse.

**PHOTOCOPY, FAX or EMAIL:** I agree that a photocopy, fax or email of this authorization is to be considered as effective as the original.

**EXPIRATION:** Unless otherwise revoked, this authorization will expire on the following date, event, or condition: \_\_\_\_\_

If I do not specify an expiration date, event, or condition, this authorization will expire in one (1) calendar year from the date it was signed.

**REDISCLASURE:** If I have authorized the disclosure of my health information to someone who is not legally required to keep it confidential, I understand it may be re-disclosed and no longer protected. California law generally prohibits recipients of my health information from re-disclosing such information except with my written authorization or as specifically required or permitted by law.

**RIGHTS OF ACCESS:** I understand that I may inspect or obtain a copy of the information to be used or disclosed, as provided in 45 Code of Federal Regulations section 164.524

I have a right to receive a copy of this authorization. I would like a copy of this authorization.

- YES  
 NO

**SIGNATURE OF INDIVIDUAL OR LEGAL REPRESENTATIVE**

Signature of Student/Client:

Date:

Signature of Parent/Guardian (if minor):

Date:

If signed by Legal Representative, relationship of individual:

Signature of School Staff:

Date:



**Jurupa Unified School District**  
 Parent Involvement & Community Outreach  
 Training & Support Services Center  
 3924 Riverview Drive  
 Jurupa Valley, CA 92509  
 Phone: 951-360-4175

**Office Use Only**  
 Date referral rec'd: \_\_\_\_\_  
 Referral rec'd by: \_\_\_\_\_

**Project HeART Referral Form**

**School Use Only**

School Name: \_\_\_\_\_  
 Referring Party & Title: \_\_\_\_\_  
 Phone: \_\_\_\_\_  
 Email: \_\_\_\_\_

**Referral Type:**  Insurance Coverage  Medical  
 Dental  Vision  Cal-Fresh  Housing  Food  
 Request Vision Voucher (America's Best) \_\_\_\_\_  
 Date of Referral: \_\_\_\_\_



**Completar por el Padre**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Madre: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Padre: \_\_\_\_\_  
 Género:  Masculino  Femenino Guardián Legal: \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Número del Padre: \_\_\_\_\_  
 Estado/Providencia: \_\_\_\_\_ Número alternativo: \_\_\_\_\_  
 Etnia: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_  
 Idioma Preferido: \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_  
 Tipo de seguro médico: \_\_\_\_\_ Total de ingreso anual: \_\_\_\_\_  
 Detalles de referencia (¿Cómo podemos ayudar?): \_\_\_\_\_

1. Yo le doy el consentimiento al proveedor voluntario de Project HeART para hacer una evaluación y dar tratamiento sobre el niño(a) referido arriba y que él o ella va a ver a mi hijo(a) solamente por esta vez. Yo entiendo que él o ella no será el proveedor permanente de mi hijo(a) y solo va dar asistencia en esta fecha. Yo hare arreglos para asistencia adicional por mi cuenta. Yo entiendo que este programa no cubre el hospital u otras cuentas, solo si es aprobado por Project HeART.
2. Yo le doy permiso para dar información de salud a la oficina de salud de la Escuela y Project HeART. Esta información será confidencial y solo será usada para mejorar y crecer los servicios para los niños(a) de Project HeART.
3. El beneficiario está de acuerdo a indemnizar y obtener Project HeART, el Distrito de la Escuela, consejo directivo, los individuos de, y todos los oficiales, agentes y empleados libres y sin peligros de daños de perdida, responsabilidad o costo de los gastos que puedan suceder durante o causado por este tipo de tratamiento.
4. Yo certifico que la información en este documento sobre el hogar y el ingreso es verdeara y correcta según mi conocimiento.
5. Entiendo que mi referencia se proporciona primero a Borrego Health para evaluación y recomendación.
6. Cupón para Examen de la Vista : Doy mi consentimiento para que un representante de America's Best Contacts & Eyeglasses me contacte para canjear mi cupón para un examen de la vista y anteojos. Iniciales \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián : \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE JURUPA**

**AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN MEDICA PROTEGIDA (PHI) Y  
AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN**

Por la presente autorizo el uso o la divulgación de información de salud de la persona nombrada.

FECHA:		
<b>ESTUDIANTE/CLIENTE</b>		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN :	CIUDAD, ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:		FECHA DE NACIMIENTO:
<b>LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES ESTAN AUTORIZADAS A OBTENER O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA</b>		
<p><b>NOMBRES DE ORGANIZACIONES:</b></p> <p><b>JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT</b> 4850 Pedley Rd., Jurupa Valley, CA 92509 (951) 360-4100</p> <p><b>VICTOR COMMUNITY SUPPORT SERVICES</b> 265 San Jacinto River Rd., Suite 107, Lake Elsinore, CA 92503 (951) 674-9243</p> <p><b>MFI RECOVERY CENTER</b> 5870 Arlington Ave., Suite 103, Riverside, CA 92504 (951) 683-6596</p> <p><b>FAMILY SERVICES ASSOCIATION</b> 21250 Box Springs Rd., Suite 212, Moreno Valley, CA 92557 (951) 686-1096 8172 Magnolia Ave, Riverside, CA 92504 (951) 353-0129</p> <p><b>RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM - BEHAVIORAL HEALTH</b> 3125 Myers St., Riverside, CA 92503 (951) 358-4840 3075 Myers St., Riverside, CA 92503 (951) 358-4625 1195 Magnolia Ave., Corona, CA 92879 (951) 273-0608 2085 Rustin Ave., Riverside, CA 92507</p> <p><b>WYLIE CENTER</b> 4164 Brockton Ave., Riverside, CA 92501 (951) 683-5193</p> <p><b>NEIGHBORHOOD HEALTHCARE</b> 4371 Latham St., Riverside, CA 92501 (833) 867- 4642 903 E. Devonshire Ave., CA 92543 (951) 216- 6100 26926 Cherry Hills Blvd., CA 92586 (951) 255-6400</p>		
<p><b>INLAND REGIONAL CENTER- INLAND EMPIRE</b> Riverside Office- 1500 Iowa Ave., Ste. 100, Riverside, CA 92507 (951) 826-2600 San Bernardino Office- 1365 S. Waterman Ave., San Bernardino, CA 92408 (909) 890-3000</p> <p><b>TESSIE CLEVELAND COMMUNITY SERVICES CORP.</b> 3576 Arlington Ave., Suite 100, Riverside, CA 92506 (951) 374-1555 ext. 8010</p> <p><b>ALMA FAMILY SERVICES</b> 3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509</p> <p><b>HOUSE OF RUTH</b> 3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509</p> <p><b>COUNTY OF RIVERSIDE – DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES</b> All Office Locations</p> <p><b>LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER</b> 11234 Anderson St., Loma Linda, CA 92354 877-558-6248</p> <p><b>SMILE UNTO HIM CLINIC</b> 6611 Arlington Ave., Ste. G, Riverside, CA 92504</p> <p><b>AMERICA’S BEST CONTACT &amp; EYEGASSES</b> 1285 Cantu Galleano Ranch Rd., Eastvale, CA 91752</p>		

**ESTA INFORMACIÓN PUEDE SER OBTENIDA O REVELADA POR LA SIGUIENTE ORGANIZACIÓN**  
 NOMBRE DE ORGANIZACIÓN:  
 JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT  
 4850 PEDLEY ROAD  
 JURUPA VALLEY, CA 92509  
 951-416-1572

FECHA DE CASO:	MOTIVO DE LA SOLICITUD :
----------------	--------------------------

**LA SIGUIENTE INFORMACIÓN VA A SER REVELADA:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Todo los archivos incluidos, pero no limitado a:<br><input type="checkbox"/> Registros psiquiátricos | <input type="checkbox"/> Registros de rehabilitación de drogas/alcohol<br><input type="checkbox"/> Registros psicológicos<br><input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|

**DERECHO DE REVOCAR:** Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento. Entiendo que si revoco esta autorización debo hacerlo por escrito. Entiendo que la revocación no se aplicará a la información que ya ha sido revelada en base a esta autorización.

**INFORMACIÓN SENSIBLE:** Entiendo que la información en mi registro puede incluir información acerca de los servicios de salud mental o de comportamiento o tratamiento para abuso de alcohol y drogas.

**FOTOCOPIA, FAX O CORREO ELECTRÓNICO:** Estoy de acuerdo que una fotocopia, fax o correo electrónico de esta autorización debe ser considerada tan efectiva como el original.

**VENCIMIENTO:** A menos que sea revocada, esta autorización se vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: \_\_\_\_\_

Si no especifica una fecha de vencimiento, evento o condición esta autorización se vencerá en un (1) año del calendario a partir de la fecha de su firma.

**REDIVULGACIÓN:** Si han autorizado la divulgación de mi información de salud a alguien que no tiene la obligación legal de mantenerla confidencial, entiendo que puede ser revelada y ya no protegida. La ley de California prohíbe en general, los destinatarios de la información de mi salud volver a divulgar esa información, salvo con mi autorización por escrito o que así lo exija o permita la ley.

**DERECHOS DE ACCESO:** Entiendo que puedo inspeccionar u obtener una copia de la información para ser utilizada o revelada, según lo dispuesto en la sección 45 del Código de Regulaciones Federales 164.524

Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. Me gustaría una copia de esta autorización.  
 SI  
 NO

**FIRMA DEL INDIVIDUO O REPRESENTANTE LEGAL**

Firma del Estudiante/Cliente:	Fecha:
-------------------------------	--------

Firma del Padre/Tutor (si es menor de edad):	Fecha:
--	--------

Si está firmada por el Representante Legal, la relación del individuo

Firma del Personal de la Escuela:	Fecha:
-----------------------------------	--------