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

○ Date of Referral: _____

Project HeART
Healthy and Ready to Learn

Parent/Guardian to Complete

Child's Name: _____

Date of Birth: _____ ○ Male ○ Female

Address: _____

City and Zip: _____

Ethnicity: _____

Preferred Language: _____

Number of people in household: _____

Type of medical insurance: _____

Mother: _____

Father: _____

Legal Guardian: _____

Phone: _____

Alternate Phone: _____

Email: _____

Total Annual Income: _____

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.**

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:		
STUDENT/CLIENT		
LAST NAME:	FIRST NAME:	MIDDLE INITIAL:
ADDRESS:	CITY, STATE:	ZIP CODE:
TELEPHONE NUMBER:		DATE OF BIRTH:

THE FOLLOWING ORGANIZATION IS AUTHORIZED TO OBTAIN OR RELEASE PROTECTED HEALTH INFORMATION

NAME OF ORGANIZATIONS:

JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
4850 Pedley Rd., Jurupa Valley, CA 92509
(951) 360-4100

VICTOR COMMUNITY SUPPORT SERVICES
265 San Jacinto River Rd., Suite 107, Lake Elsinore, CA 92503
(951) 674-9243

MFI RECOVERY CENTER
5870 Arlington Ave., Suite 103, Riverside, CA 92504
(951) 683-6596

FAMILY SERVICES ASSOCIATION
21250 Box Springs Rd., Suite 212, Moreno Valley, CA 92557
(951) 686-1096
8172 Magnolia Ave, Riverside, CA 92504 (951) 353-0129

RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM - BEHAVIORAL HEALTH
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

WYLIE CENTER
4164 Brockton Ave., Riverside, CA 92501 (951) 683-5193

NEIGHBORHOOD HEALTHCARE
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

INLAND REGIONAL CENTER- INLAND EMPIRE
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

TESSIE CLEVELAND COMMUNITY SERVICES CORP.
3576 Arlington Ave., Suite 100, Riverside, CA 92506
(951) 374-1555 ext. 8010

ALMA FAMILY SERVICES
3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509

HOUSE OF RUTH
3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509

COUNTY OF RIVERSIDE – DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
All Office Locations

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
11234 Anderson St., Loma Linda, CA 92354
877-558-6248

SMILE UNTO HIM CLINIC
6611 Arlington Ave., Ste. G, Riverside, CA 92504

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:	
☐ All records including, but not limited to: ☐ Psychiatric Records	☐ Drug/Alcohol Rehabilitation Records ☐ Psychological Records ☐ 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.	
REDISCLOSURE: 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

○ Date of Referral: _____

Completar por el Padre

Nombre del niño(a):_____

Fecha de Nacimiento: _____

Género: ○ Masculino ○ Femenino

Domicilio: _____

Estado/Providencia: _____

Etnia: _____

Idioma Preferido: _____

Tipo de seguro médico: _____

Madre: _____

Padre: _____

Guardián Legal:_____

Número del Padre: _____

Número alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Número de personas en el hogar: _____

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.**

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:		
ESTUDIANTE/CLIENTE		
APELLIDO:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN :	CIUDAD, ESTADO:	CODIGO POSTAL:
NUMERO DE TELEFONO:		FECHA DE NACIMIENTO:

LAS SIGUIENTES ORGANIZACIONES ESTAN AUTORIZADAS A OBTENER O REVELAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

NOMBRES DE ORGANIZACIONES:

JURUPA UNIFIED SCHOOL DISTRICT
4850 Pedley Rd., Jurupa Valley, CA 92509 (951) 360-4100

VICTOR COMMUNITY SUPPORT SERVICES
265 San Jacinto River Rd., Suite 107, Lake Elsinore, CA 92503 (951) 674-9243

MFI RECOVERY CENTER
5870 Arlington Ave., Suite 103, Riverside, CA 92504 (951) 683-6596

FAMILY SERVICES ASSOCIATION
21250 Box Springs Rd., Suite 212, Moreno Valley, CA 92557 (951) 686-1096
8172 Magnolia Ave, Riverside, CA 92504 (951) 353-0129

RIVERSIDE UNIVERSITY HEALTH SYSTEM - BEHAVIORAL HEALTH
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

WYLIE CENTER
4164 Brockton Ave., Riverside, CA 92501 (951) 683-5193

NEIGHBORHOOD HEALTHCARE
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

INLAND REGIONAL CENTER- INLAND EMPIRE
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

TESSIE CLEVELAND COMMUNITY SERVICES CORP.
3576 Arlington Ave., Suite 100, Riverside, CA 92506 (951) 374-1555 ext. 8010

ALMA FAMILY SERVICES
3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509

HOUSE OF RUTH
3924 Riverview Dr., Jurupa Valley, CA 92509

COUNTY OF RIVERSIDE – DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
All Office Locations

LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER
11234 Anderson St., Loma Linda, CA 92354
877-558-6248

SMILE UNTO HIM CLINIC
6611 Arlington Ave., Ste. G, Riverside, CA 92504

ESTA INFORMACÓN 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 SIGUENTE INFORMACIÓN VA A SER REVELADA:

☐ Todo los archivos incluidos, pero no limitado a: ☐ Registros psiquiátricos	☐ Registros de rehabilitación de drogas/alcohol ☐ Registros psicológicos ☐ 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 Represéntate Legal, la relación del individuo	
Firma del Personal de la Escuela:	Fecha: