

AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF INFORMATION (FROM DCF)

DCF-2131S(F)

1/13 (Rev.)



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS

Yo, _____ autorizo al Departamento de Niños y Familias a revelar a
(nombre de la persona que otorga el permiso)

(nombre, dirección y número telefónico de la persona, institución u organización que recibe la información)

Tipo de registros que se revelarán (marcar lo que corresponda) ☐ Psiquiátrico ☐ Psicológico ☐ Médico ☐ Educación ☐ Medicación ☐ Apuntes de terapia psicológica (NOTA: no se puede combinar una solicitud de notas de terapia psicológica con una solicitud de cualquier otro registro). ☐ Otro (explicar) _____	
☐ Yo autorizo específicamente revelar la siguiente información confidencial de mi registro (marcar todos los que correspondan): ☐ Consumo de drogas (alcohol/drogas) _____ ☐ Información confidencial relacionada al VIH/SIDA _____ ☐ Enfermedades de transmisión sexual _____ ☐ Pruebas genéticas _____	
Propósito de la autorización/revelación de información: _____	
La naturaleza y alcance de la información que se revelará comprende todo el registro, salvo que se especifique lo contrario a continuación: _____	
Si no es anulada, esta autorización expira en un año, lo que ocurra primero _____ Fecha de expiracion	
Tengo conocimiento de que negarme a firmar este formulario de autorización no afectará mi derecho a obtener servicios presentes y futuros, excepto cuando la divulgación de los registros solicitados sea necesaria para brindarlos. También entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al DCF o al receptor mencionado. La anulación de esta autorización no se aplicará a ningún registro divulgado antes de que la autorización se anule. De conformidad con las Leyes Generales de Connecticut, artículo 17a-28(l), la información divulgada de acuerdo a esta autorización no podrá ser retransmitida por el receptor sin una autorización específica para dicho fin, con excepción de lo estipulado en dicha ley general.	
Firma de la persona o representante autorizado que da permiso a la divulgación _____ Verificar si este formulario ha sido firmado por otra persona que no sea el titular del registro: ☐ Padre/tutor ☐ Abogado y ☐ Tutor ad litem ☐ Otro (explicar): _____	Fecha _____

NOTA: Se requiere la confidencialidad de los registros psiquiátricos de consumo de drogas y/o alcohol y de VIH/SIDA y no se entregará a terceros ninguna información contenida en estos registros específicos sin un consentimiento escrito o autorización conforme a la Ley General de Connecticut, Capítulos 899c y 368x y los Reglamentos Federales 42 CFR 2. Estas normas prohíben al receptor del registro revelar información alguna sin el consentimiento escrito específico de la persona a la cual pertenece el registro. Para este propósito, NO es suficiente una autorización general para entregar esta información.