

Departamento de Crianças e Famílias  
**AUTORIZAÇÃO PARA O COMPARTILHAMENTO DE INFORMAÇÕES (DO DCF)**

DCF-2131(F)  
1/13 (Rev.)



Eu, \_\_\_\_\_, autorizo o Departamento de Crianças e Famílias a compartilhar com  
(Nome e sobrenome de quem está autorizando)

(Nome, sobrenome, endereço e telefone da pessoa, instituição ou organização que receberá as informações)

as informações ou registros pertencentes a:  
(Nome, sobrenome e data de nascimento da pessoa a quem se referem as informações)

Tipo de informações que serão compartilhadas (marque todas as opções aplicáveis):

Psiquiátrico     Psicológico     Médico     Acadêmico     Medicamentos

Anotações das sessões de terapia  
(NOTA: a solicitação de anotações das sessões de terapia não pode ser incorporada à outra solicitação para nenhuma informação adicional).

Outro (explique): \_\_\_\_\_

Autorizo, especificamente, o compartilhamento das seguintes informações sensíveis do meu registro:  
(Assine abaixo para autorizar o compartilhamento dos tipos de informações sensíveis)

Abuso de substâncias (álcool/drogas) \_\_\_\_\_

Informações confidenciais relacionadas ao HIV/AIDS \_\_\_\_\_

Doenças sexualmente transmissíveis \_\_\_\_\_

Testes genéticos \_\_\_\_\_

Finalidade da autorização/compartilhamento: \_\_\_\_\_

A natureza e extensão das informações a serem compartilhadas se referem ao registro completo, a menos que especificado de outra forma abaixo: \_\_\_\_\_

Se não for cancelada, esta autorização tem validade de \_\_\_\_\_ um ano  
\_\_\_\_\_ Insira a data de validade – um ano a partir da data de hoje

Entendo que a recusa em assinar este formulário de autorização não afetará meu direito de receber serviços presentes e futuros, exceto quando o compartilhamento dos registros solicitados for necessário para a prestação dos serviços. Entendo também que posso revogar essa autorização mediante notificação por escrito ao DCF ou ao destinatário indicado. A revogação desta autorização não se aplicará a quaisquer registros compartilhados antes de a autorização ser revogada. De acordo com o C.G.S. 17a-28(k), as informações compartilhadas nos termos desta autorização não estão sujeitas a um novo compartilhamento pelo destinatário sem uma autorização específica para esse fim, exceto conforme previsto no referido estatuto.

Assinatura de quem está autorizando o compartilhamento ou do representante autorizado \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Marque as caixas abaixo se este formulário foi assinado por uma pessoa que não seja o sujeito das informações:

Pais/Tutor                      Advogado                      Guardião ad litem                      Outro (explique)

\_\_\_\_\_

NOTA: A confidencialidade dos registros de abuso psiquiátrico, drogas e/ou álcool e de HIV/AIDS é obrigatória e nenhuma informação desses registros específicos deve ser transmitida a ninguém sem consentimento por escrito ou autorização nos termos dos Estatutos Gerais de Connecticut, capítulos 899c e 368x e dos Regulamentos Federais 42 CFR 2. Essas leis proíbem que o destinatário do registro faça qualquer tipo de compartilhamento posterior sem o consentimento específico por escrito da pessoa a quem o registro pertence. A autorização geral para o compartilhamento destas informações NÃO é suficiente para este fim.