



Eu, _____ autorizo
(Nome e sobrenome de quem está autorizando)

(Nome, sobrenome, endereço e telefone da pessoa, instituição ou organização de posse dos registros ou informações)
a compartilhar com o Departamento de Crianças e Famílias (DCF) e

(Nome, sobrenome, endereço e telefone do funcionário receptor do DCF)
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):	
<input type="checkbox"/> Psiquiátrico	<input type="checkbox"/> Psicológico
<input type="checkbox"/> Médico	<input type="checkbox"/> Acadêmico
<input type="checkbox"/> Medicamentos	
<input type="checkbox"/> Anotações das sessões de terapia <i>(NOTA: a solicitação de anotações das sessões de terapia não pode ser incorporada à outra solicitação para nenhuma informação adicional).</i>	
Outro (explique): _____	
<input type="checkbox"/> Autorizo, especificamente, o compartilhamento das seguintes informações sensíveis do meu registro: <i>(Assine abaixo para autorizar o compartilhamento dos tipos de informações sensíveis)</i>	
<input type="checkbox"/> Abuso de substâncias (álcool/drogas)	_____
<input type="checkbox"/> Informações confidenciais relacionadas ao HIV/AIDS	_____
<input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis	_____
<input type="checkbox"/> 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 _____ <i>Insira a data de validade – um ano a partir da data de hoje</i>	
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.	
_____ <i>Assinatura de quem está autorizando o compartilhamento ou do representante autorizado</i>	
_____ <i>Data</i>	
Marque as caixas abaixo se este formulário foi assinado por uma pessoa que não seja o sujeito do registro:	
<input type="checkbox"/> Pais/Tutor	<input type="checkbox"/> Advogado
<input type="checkbox"/> Guardiã ad litem	<input type="checkbox"/> 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.