

Departamento de Niños y Familias
AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN (AL DCF)

DCF-2131(T)
3/2022 (Rev.)



Por el presente _____ autorizo a _____
(Nombre y apellido de la persona que otorga el permiso)

(Nombre y apellido, dirección y teléfono de la persona, institución u organización en posesión de los registros/la información)
a divulgar al Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) y/o al asistente del fiscal general como representante legal del Departamento

(Nombre y apellido, dirección y teléfono del miembro del personal del DCF que recibe)

La información/los registros pertenecientes a:

(Nombre, apellido y fecha de nacimiento de la persona sobre la que versa el registro)

Tipos de registros que se divulgarán (marque todos los que correspondan):

Psiquiátricos Psicológicos Médicos Educativos Notas de medicamentos
 psicoterapéuticos (NOTA: una solicitud de notas de psicoterapia no se puede combinar con una solicitud de ningún otro registro).
 Otro (explicar): _____

Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información confidencial de mi registro:
(Firme a continuación para indicar los tipos de información confidencial para los que autoriza la divulgación)

Abuso de sustancias (alcohol/drogas) Información _____
 confidencial relacionada con VIH/SIDA _____
 Enfermedades de transmisión sexual _____
 Pruebas genéticas _____

Propósito de la autorización/divulgación: Incluye la planificación del caso y el uso en todos los procedimientos del Tribunal Superior de Asuntos Juveniles, incluso los testimonios y la producción de registros relacionados con los servicios de protección infantil.

La naturaleza y el alcance de la información que se divulgará es el registro completo, a menos que se especifique lo contrario a continuación:

Si no se cancela, esta autorización vencerá en un año. _____
Ingresar fecha de vencimiento, un año a partir de hoy

Entiendo que si me niego a firmar este formulario de autorización, eso no afectará mi derecho de obtener servicios actualmente o en el futuro, excepto cuando la divulgación de los registros solicitados sea necesaria para los servicios. También entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al DCF, o al destinatario indicado, por escrito. La revocación de esta autorización no se aplicará a ninguno de los registros divulgados antes de que la autorización sea revocada. Según las Leyes Generales de Connecticut (C.G.S., por sus siglas en inglés) 17a-28(k) la información divulgada en virtud de esta autorización no está sujeta a redivulgación por parte del destinatario sin una nueva autorización para ese propósito, excepto por lo estipulado por dichas leyes.

Firma de la persona que autoriza la divulgación o representante autorizado _____ Fecha _____

Marque las casillas a continuación si este formulario fue firmado por una persona distinta del sujeto del registro:

Padre/Madre/Tutor Abogado Tutor ad litem Otro (explicar): _____

NOTA: Se requiere confidencialidad de los registros psiquiátricos, de abuso de drogas y/o alcohol, y de VIH/SIDA y no se transmitirá ninguna información de estos registros específicos a nadie más sin el consentimiento o la autorización por escrito conforme a las Leyes Generales de Connecticut, Capítulos 899c y 368x, y a las Regulaciones Federales, 42 CFR 2. Estas leyes prohíben que el destinatario del registro haga cualquier otra divulgación sin el consentimiento específico por escrito de la persona a quien le pertenece el registro. Una autorización general para la divulgación de esta información NO es suficiente para este fin.