

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN (AL DCF)*

DCF-2131(T)

2/2026 (Rev.)

Yo, _____ autorizo
(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 o 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

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

La información o 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 ☐ Farmacológicos
☐ Notas de psicoterapia (NOTA: una solicitud de notas de psicoterapia no se puede combinar con una solicitud de ningún otro registro).
☐ Otro (explique): _____

☐ 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)

- ☐ Información confidencial relacionada con VIH/SIDA _____
☐ Enfermedades de transmisión sexual _____
☐ Pruebas genéticas _____

Nota: Esta divulgación no se puede utilizar para notas de consejería por consumo de sustancias.

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 divulgación posterior por parte del destinatario sin una nueva autorización para ese propósito, excepto por los 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 o tutor ☐ Abogado ☐ Tutor ad litem ☐ Otro (explique): _____

NOTA: Se requiere confidencialidad de los registros psiquiátricos 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. 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.