

**AUTORISATION DE DIVULGATION DES NOTES DE CONSULTATION EN TRAITEMENT DE LA TOXICOMANIE AU DCF AUX FINS DE COORDINATION DES SOINS/GESTION DE DOSSIER**DCF-2131CNCC  
2/2026 (Nouveau)

Je, \_\_\_\_\_ comprends  
(Nom et prénom de la personne accordant l'autorisation)

que mes notes de consultation en traitement de la toxicomanie sont protégées par la loi fédérale, y compris le 42 CFR Partie 2 et la HIPAA, ainsi que par toutes lois étatiques applicables. Ces notes ne peuvent être utilisées ou divulguées qu'avec mon consentement écrit, sauf dans les cas permis par le 42 CFR Partie 2, la HIPAA et la loi étatique applicable.

Je comprends que j'ai le droit de ne pas signer ce formulaire de consentement. Je comprends que j'ai le droit de ne pas signer ce formulaire de consentement. Je comprends que mon refus n'affectera pas mon droit d'obtenir des services présents et futurs, sauf dans les cas où la divulgation des notes demandées est nécessaire pour la prestation des services.

J'autorise \_\_\_\_\_  
(Nom et prénom, adresse et téléphone numéro accordant personne, institution ou organisation en possession des notes de consultation)

à utiliser et à divulguer au Département de l'Enfance et des Familles (DCF) et/ou au Procureur Général Adjoint en tant que représentant légal du Département

\_\_\_\_\_ (Nom et prénom, adresse et numéro de téléphone du membre du personnel du DCF destinataire)  
mes notes de consultation en traitement de la toxicomanie aux fins de coordination des soins/gestion de dossier.

Sauf si je révoque mon consentement, ce consentement prendra effet immédiatement et expirera un an à compter d'aujourd'hui. J'ai le droit de révoquer ce consentement par écrit à tout moment, dans la limite des actions déjà prises sur la base de celui-ci. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation en avisant par écrit le DCF ou le destinataire nommé.

Une copie de ce formulaire m'a été proposée. Il m'a été expliqué dans une langue que je comprends. Je reconnais qu'il existe un risque que les notes utilisées ou divulguées en vertu du présent consentement soient sujettes à une re-divulgation par le destinataire et ne soient plus protégées par la loi fédérale.

\_\_\_\_\_  
Signature du patient\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature de l'autre personne autorisée\_\_\_\_\_  
Date

Nom du signataire, si autre que le patient : \_\_\_\_\_

Titre ou qualité du signataire, si autre que le patient :  Parent/tuteur  Avocat  Tuteur ad litem  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_**LE 42 CFR PARTIE 2 INTERDIT L'UTILISATION OU LA DIVULGATION NON AUTORISÉE DE CES NOTES DE**