

ỦY QUYỀN CHO PHÉP TIẾT LỘ CÁC GHI CHÚ TƯ VẤN ĐIỀU TRỊ LẠM DỤNG CHẤT GÂY NGHIỆN CHO DCF ĐỂ PHỤC VỤ CÁC THỦ TỤC PHÁP LÝDCF-2131CNLP
2/2026 (Mới)Tôi, _____ hiểu
(Họ và Tên của người cấp quyền)

rằng ghi chú tư vấn điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện của tôi được bảo vệ theo luật liên bang, bao gồm điều 42 CFR Phần 2 và HIPAA, và bất kỳ luật tiểu bang nào có liên quan. Những ghi chú này chỉ được sử dụng hoặc tiết lộ khi có sự đồng ý bằng văn bản của tôi, trừ trường hợp được cho phép theo 42 CFR Phần 2, HIPAA và luật tiểu bang hiện hành.

Tôi hiểu rằng tôi có quyền không ký vào biểu mẫu đồng ý này. Tôi hiểu rằng việc từ chối sẽ không ảnh hưởng đến quyền của tôi trong việc nhận các dịch vụ hiện tại và tương lai, trừ trường hợp việc tiết lộ các ghi chú được yêu cầu là cần thiết cho các dịch vụ.

Tôi, _____ cho phép
(Họ và tên, địa chỉ và số điện thoại của người, cơ quan hoặc tổ chức sở hữu các ghi chú tư vấn)

sử dụng và tiết lộ với Cơ quan phụ trách Trẻ Em và Gia Đình (DCF) và/hoặc Trợ Lý Bộ Trưởng Tư Pháp với tư cách là đại diện pháp lý của Cơ quan

(Họ và Tên, địa chỉ và số điện thoại của Nhân viên DCF tiếp nhận)

sử dụng và tiết lộ các ghi chú tư vấn điều trị rối loạn sử dụng chất gây nghiện của tôi trong các thủ tục tố tụng hình sự, dân sự, lập pháp hoặc hành chính được nêu dưới đây.

(Tên hoặc Số vụ án/Số điều tra nếu biết)

Trừ khi tôi thu hồi sự đồng ý của mình, sự đồng ý này sẽ có hiệu lực ngay lập tức và hết hạn sau một năm kể từ ngày hôm nay. Tôi có quyền thu hồi sự đồng ý này bằng văn bản bất cứ lúc nào, ngoại trừ trường hợp đã có hành động được thực hiện dựa trên sự đồng ý này. Tôi hiểu rằng tôi có thể thu hồi sự ủy quyền này bằng cách thông báo bằng văn bản cho DCF hoặc người nhận được nêu tên.

Tôi đã được cung cấp một bản sao của biểu mẫu này. Nội dung đã được giải thích cho tôi bằng ngôn ngữ mà tôi hiểu. Tôi thừa nhận rằng có khả năng các ghi chú được sử dụng hoặc tiết lộ theo sự đồng ý này có thể bị người nhận tiết lộ lại và không còn được bảo vệ bởi Phần 2.

Chữ ký của bệnh nhân

Ngày

Chữ ký của người được ủy quyền khác

Ngày

Tên người ký, nếu không phải là bệnh nhân: _____

Thẩm quyền của người ký, nếu không phải là bệnh nhân: Cha mẹ/người giám hộ Luật sư Người giám hộ tạm thời
 Khác (giải thích): _____**ĐIỀU 42 CFR PHẦN 2 NGHIÊM CẤM VIỆC SỬ DỤNG HOẶC TIẾT LỘ TRÁI PHÉP CÁC GHI CHÚ NÀY**