

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE INFORMAÇÕES (AO DCF)*

DCF-2131(T)

2/2026 (Rev)

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 divulgar para o Departamento de Crianças e Famílias (DCF) e/ou Procurador-Geral Adjunto, na qualidade de representante legal do Departamento

(Nome, sobrenome, endereço e telefone do funcionário receptor do DCF)

As informações ou registros pertencentes a:

(Nome, sobrenome e data de nascimento do sujeito do registro)

Tipo de registro a ser divulgado (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 de psicoterapia (NOTA: a solicitação de anotações terapêuticas não pode ser combinada com nenhum outro registro).
<input type="checkbox"/> Outro (explique): _____	
<input type="checkbox"/> Autorizo, especificamente, a divulgação das seguintes informações confidenciais do meu registro: (Assine abaixo para autorizar a divulgação dos tipos de informações confidenciais desejados)	
<input type="checkbox"/> Informações confidenciais relacionadas ao HIV/AIDS	_____
<input type="checkbox"/> Doenças sexualmente transmissíveis	_____
<input type="checkbox"/> Teste genético	_____
Observação: Este documento não pode ser usado para anotações terapêuticas relacionada ao tratamento por uso de substâncias.	
Finalidade da autorização ou divulgação: Inclui o planejamento do caso e o uso em todos os processos no Tribunal Superior de Assuntos Juvenis, incluindo depoimentos e a apresentação de documentos relacionados aos serviços de proteção à criança.	
A natureza e extensão das informações a serem divulgadas constituem no registro completo, a menos que especificado de qualquer 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 a divulgação dos registros solicitados for necessária para a prestação dos serviços. Também entendo que posso revogar essa autorização mediante notificação por escrito ao DCF ou ao destinatário nomeado. A revogação desta autorização não se aplicará a quaisquer registros divulgados 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.	
_____	_____
Assinatura de quem está autorizando o compartilhamento ou do representante autorizado	
Data	
Marque as caixas abaixo se este formulário foi assinado por uma pessoa que não seja o sujeito do registro:	
<input type="checkbox"/> Pai/Mãe/Responsável	<input type="checkbox"/> Advogado
<input type="checkbox"/> Representante legal	<input type="checkbox"/> Outro (explique): _____

OBSERVAÇÃO: A confidencialidade dos registros psiquiátricos e de HIV/AIDS é obrigatória, e nenhuma informação contida nesses registros específicos poderá ser transmitida a terceiros sem consentimento ou autorização por escrito, nos termos dos Estatutos Gerais de Connecticut, Capítulos 899c e 368x. Essas leis proíbem que o destinatário do registro faça qualquer tipo de divulgação posterior sem o consentimento específico por escrito da pessoa a quem o registro pertence. A autorização geral para a divulgação destas informações NÃO é suficiente para este fim.