

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS SOBRE TRATAMIENTO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS AL DCF PARA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN O ADMINISTRACIÓN DE CASOS

DCF-2131TRCC

2/2026 (Nuevo)

Yo, _____ entiendo
(Nombre y apellido de la persona que otorga el permiso)

que mis registros sobre el tratamiento para el trastorno por consumo de sustancias están protegidas por la ley federal, incluidas la Parte 2 del Título 42 del CFR y la HIPAA, y todas las leyes estatales aplicables. Estos registros solo se pueden usar o divulgar con mi consentimiento por escrito, excepto según lo permitan la Parte 2 del Título 42 del CFR, la HIPAA, y las leyes estatales aplicables.

Entiendo que tengo derecho a no firmar este formulario de consentimiento. Entiendo que si me niego, 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.

Autorizo a _____
(Nombre y apellido, dirección y teléfono de la persona, institución u organización en posesión de los registros o la información)

a usar y 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)*
mis registros sobre el tratamiento por consumo de sustancias para fines de coordinación de la atención o administración de casos.

A menos que yo revoque mi consentimiento, este entrará en vigor de inmediato y vencerá un año a partir de hoy. Tengo derecho a revocar este consentimiento por escrito en cualquier momento, excepto en la medida en que ya se hayan tomado medidas basadas en él. Entiendo que puedo revocar esta autorización notificando al DCF, o al destinatario indicado, por escrito.

Se me ofreció una copia de este formulario. Recibí una explicación en un idioma que puedo entender. Reconozco que el destinatario puede divulgar nuevamente los registros que se usen o divulguen conforme a este consentimiento y que, en ese caso, dejarán de estar protegidos por la ley federal.

Firma del paciente

Fecha

Firma de la persona autorizada

Fecha

Nombre de la persona que firma, si no es el paciente: _____

Autoridad de la persona que firma, si no es el paciente: ☐ Padre, madre o tutor ☐ Abogado ☐ Tutor ad litem ☐ Otro (explicar): _____

LA PARTE 2 DEL TÍTULO 42 DEL CFR PROHÍBE EL USO O LA DIVULGACIÓN NO AUTORIZADOS DE ESTOS REGISTROS