

AUTORIZAÇÃO PARA DIVULGAÇÃO DE REGISTROS RELACIONADOS AO TRATAMENTO DE TRANSTORNO POR USO DE SUBSTÂNCIAS AO DCF, PARA FINS LEGAIS

DCF-2131TRLP

2/2026 (Novo)

Eu, _____, entendo
(Nome e sobrenome de quem está autorizando)

que os registros relativos ao meu tratamento contra uso de substâncias são protegidos pela legislação federal, incluindo o 42 CFR Parte 2 e a HIPAA, bem como por quaisquer leis estaduais aplicáveis. Esses registros só podem ser usados ou divulgados com o meu consentimento por escrito, exceto nos casos permitidos pela norma 42 CFR Parte 2, pela HIPAA e pela legislação estadual aplicável.

Estou ciente de que tenho o direito de não assinar este formulário de autorização. Entendo que a recusa não afetará meu direito de obter serviços atuais e futuros, exceto nos casos em que a divulgação dos registros solicitados seja necessária para a prestação dos serviços.

Autorizo _____
(Nome, sobrenome, endereço e telefone da pessoa, instituição ou organização de posse dos registros ou informações)

a usar e 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)

meus registros sobre tratamento de transtorno por uso de substâncias, para que sejam utilizados nos processos criminais, civis, legislativos ou administrativos identificados abaixo

(Nome ou número do processo./Número da investigação, se conhecido)

A menos que eu revogue meu consentimento, esta autorização entrará em vigor imediatamente e expirará daqui a um ano. Tenho o direito de revogar esta autorização por escrito a qualquer momento, exceto na medida em que já tenham sido tomadas quaisquer ações com base na mesma. Estou ciente de que posso revogar esta autorização mediante notificação por escrito ao DCF ou ao destinatário nomeado.

Declaro que recebi uma cópia deste formulário. Este formulário foi-me explicado em uma linguagem compreensível. Reconheço que existe a possibilidade de os registros utilizados ou divulgados nos termos desta autorização serem objeto de uma nova divulgação por parte do destinatário e deixarem de estar protegidos pela lei federal.

Assinatura do paciente

Data

Assinatura da outra pessoa autorizada

Data

Nome do signatário, caso não seja o paciente: _____

Autoridade do signatário, caso não seja o paciente: Pai/Mãe/Responsável Advogado Responsável legal

Outro (explique): _____

A PARTE 2 DO 42 CFR PROÍBE O USO OU A DIVULGAÇÃO NÃO AUTORIZADOS DESTES REGISTROS