

Department of Children and Families
AUTHORIZATION FOR THE RELEASE OF INFORMATION (FROM DCF)
 DCF-2131S(F)
 1/13 (Rev.)



AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS

Yo, _____ autorizo al Departamento de Niños y Familias a revelar a
 (nombre de la persona que otorga el permiso)

(nombre, dirección y número telefónico de la persona, institución u organización que recibe la información)

Información/ registros pertenecientes a: _____

(Nombre y fecha de nacimiento de la persona titular del registro)

Tipo de registros que se revelarán (marcar lo que corresponda)

Psiquiátrico Psicológico Médico Educación Medicación

Apuntes de terapia psicológica (NOTA: no se puede combinar una solicitud de notas de terapia psicológica con una solicitud de cualquier otro registro).

Otro (explicar)

Yo autorizo específicamente revelar la siguiente información confidencial de mi registro
 (marcar todos los que correspondan):

Consumo de drogas (alcohol/drogas) _____

Información confidencial relacionada al VIH/SIDA _____

Enfermedades de transmisión sexual _____

Pruebas genéticas _____

Propósito de la autorización/revelación de información: _____

La naturaleza y alcance de la información que se revelará comprende todo el registro, salvo que se especifique lo contrario a continuación: _____

Si no es anulada, esta autorización expira en un año, lo que ocurra primero _____
 Fecha de expiración

Tengo conocimiento de que negarme a firmar este formulario de autorización no afectará mi derecho a obtener servicios presentes y futuros, excepto cuando la divulgación de los registros solicitados sea necesaria para brindarlos. También entiendo que puedo revocar esta autorización enviando una notificación por escrito al DCF o al receptor mencionado. La anulación de esta autorización no se aplicará a ningún registro divulgado antes de que la autorización se anule. De conformidad con las Leyes Generales de Connecticut, artículo 17a-28(l), la información divulgada de acuerdo a esta autorización no podrá ser retransmitida por el receptor sin una autorización específica para dicho fin, con excepción de lo estipulado en dicha ley general.

 Firma de la persona o representante autorizado que da permiso a la divulgación Fecha

Verificar si este formulario ha sido firmado por otra persona que no sea el titular del registro:

Padre/tutor Abogado y Tutor ad litem Otro (explicar):

NOTA: Se requiere la confidencialidad de los registros psiquiátricos de consumo de drogas y/o alcohol y de VIH/SIDA y no se entregará a terceros ninguna información contenida en estos registros específicos sin un consentimiento escrito o autorización conforme a la Ley General de Connecticut, Capítulos 899c y 368x y los Reglamentos Federales 42 CFR 2. Estas normas prohíben al receptor del registro revelar información alguna sin el consentimiento escrito específico de la persona a la cual pertenece el registro. Para este propósito, NO es suficiente una autorización general para entregar esta información.