

纽约州早期干预计划
(New York State Early Intervention Program)
使用远程医疗同意书
(Consent for the Use of Telehealth)



Department of Health
Bureau of Early Intervention

孩子的姓名 _____

早期干预编号 _____ 出生日期 _____ / _____ / _____

地址 _____ 公寓号码 _____

城市/城镇 _____ 州 _____ 纽约 _____ 邮政编码 _____

自治区 _____

要使用远程医疗提供的服务 _____

服务授权号 _____

治疗师/老师姓名 _____ 电话 _____

医疗服务提供者代理机构 _____ 电话 _____

服务协调员 _____ 电话 _____

服务协调员代理机构 _____ 电话 _____

指示说明: 使用远程医疗作为早期干预服务提供方法的同意书, 必须在远程医疗服务开始之前, 针对孩子授权的每种服务类型 (包括评估服务) 填写。远程医疗是一种早期干预服务提供方法, 经参与家庭明确同意后可向其提供。

在家长/法定监护人也签署并交回《使用电子邮件交换个人信息家长同意书》(Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form) 后, 可通过电子邮件交回此使用远程医疗同意书, 前述同意书可在此处获取:

https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

使用远程医疗同意书必须保存在孩子的病历中。**每项**早期干预服务都需要单独的同意书。

我, (家长/法定监护人的全名) _____, 同意使用远程医疗作为早期干预服务提供方法, 为我的孩子提供 (请输入服务类型) _____ 服务。我了解我的孩子将接受的远程医疗服务将履行我孩子的个性化家庭服务计划 (Individualized Family Service Plan, IFSP) 中的服务要求, 并且不会在我的孩子获准接受的家庭/社区服务之外提供。

我了解远程医疗意味着早期干预服务将在疗程期间同时使用**音频和视频**予以提供。

我了解, 我有权在向我孩子的服务协调员提出申请后, 以“会议记录”和“进度注释”的形式, 获取提供者会议所产生的所有早期干预信息。

我收到了《您在早期干预计划中的家庭权利》(Your Family Rights in the Early Intervention Program) 的副本。

我了解我有权在任何时候以任何理由通过书面形式撤回此同意书。如果我以书面形式撤回同意, 我孩子的服务协调员将在收到我的通知后 7 天内, 避免为上述服务安排新的远程医疗会议。

家长/法定监护人姓名 (正楷填写) _____

父母/法定监护人签名 _____ 日期 _____

请注意: 如果可填写的远程医疗同意书 (Telehealth Consent Form) 包括家长/监护人同意参与远程医疗的电子签名, 则**该签名还必须包含电子签名验证标记 (可通过 Adobe Acrobat、DocuSign 等应用程序获得)**, 其中包括表格上的**签名日期和时间**。如果没有这种保障, 则必须打印远程医疗同意书, 以便家长/法定监护人在纸质副本上签字同意。