

**Programma di intervento precoce dello Stato di New York
(New York State Early Intervention Program)
Consenso all'utilizzo della telemedicina
(Consent for the Use of Telehealth)**



**Department of Health
Bureau of Early Intervention**

Nome del minore _____

Numero intervento precoce _____ Data di nascita _____ / _____ / _____

Indirizzo _____ App. n. _____

Città _____ Stato New York Codice postale _____

Comune _____

Servizi erogabili tramite la telemedicina _____

Numero di autorizzazione del servizio _____

Nome del terapeuta/insegnante _____ Telefono _____

Ente che fornisce il servizio _____ Telefono _____

Coordinatore del servizio _____ Telefono _____

Ente coordinatore del servizio _____ Telefono _____

Istruzioni: Ai fini dell'attivazione dei servizi di telemedicina è necessario compilare **preventivamente** il presente Modulo di consenso all'utilizzo della telemedicina (Consent Form for the Use of Telehealth) come metodo di erogazione dei servizi di intervento precoce, valido per ogni tipo di servizio autorizzato per il minore, compresi i servizi di valutazione. La telemedicina è un metodo di erogazione dei servizi di intervento precoce a disposizione delle famiglie interessate con il consenso esplicito delle stesse.

Il presente Modulo di consenso all'utilizzo della telemedicina può essere restituito tramite posta elettronica dopo che il genitore/tutore legale ha firmato e restituito anche il Modulo di consenso genitoriale all'utilizzo della posta elettronica per lo scambio di informazioni personali identificabili (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Identifiable Information Form), disponibile qui: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

Il modulo di consenso all'utilizzo della telemedicina deve essere conservato nella cartella del minore. Per **ogni** servizio di intervento precoce è necessario inviare un modulo di consenso separato.

Io sottoscritto, (nome e cognome del genitore/tutore legale) _____, acconsento

all'erogazione del servizio (indicare il tipo di servizio) per il minore in oggetto _____ utilizzando la telemedicina come metodo di erogazione dei servizi di intervento precoce. Sono a conoscenza del fatto che i servizi di telemedicina di cui usufruirà il minore in oggetto soddisferanno quanto previsto dal Piano dei servizi individualizzati per le famiglie (Individualized Family Service Plan, IFSP) che lo riguarda e non verranno erogati a titolo integrativo rispetto ai servizi domiciliari/comunitari che lo stesso è autorizzato a ricevere.

Sono a conoscenza che con telemedicina s'intende che i servizi di intervento precoce verranno erogati contemporaneamente attraverso sistemi **audio e video** per tutta la durata della sessione.

Sono a conoscenza del fatto che ho il diritto di accedere a tutte le informazioni sull'intervento precoce acquisite dal fornitore del servizio durante le sessioni sotto forma di Note sulle sessioni e Note sull'avanzamento, su richiesta del coordinatore del servizio di cui usufruisce il minore in questione.

Ho ricevuto copia del documento "Your Family Rights in the Early Intervention Program" (Diritti della famiglia nel programma di intervento precoce).

Sono a conoscenza di avere il diritto di ritirare questo consenso per iscritto in qualsiasi momento e per qualsiasi motivo. Nel caso in cui ritirassi il consenso per iscritto, il coordinatore del servizio di cui usufruisce il minore in oggetto sarà tenuto a sospendere la programmazione di ulteriori sessioni di telemedicina per il servizio di cui sopra, entro 7 giorni dal ricevimento della comunicazione da parte mia.

Nome del genitore/tutore legale (in stampatello) _____

Firma del genitore/tutore legale _____ Data _____

Da tenere presente: Se il Modulo di consenso all'utilizzo della telemedicina (Telehealth Consent Form) compilabile prevede la firma elettronica del genitore/tutore per il consenso ad usufruire dei servizi erogati tramite telemedicina, **detta firma deve contenere anche un contrassegno di firma elettronica (disponibile mediante applicazioni come Adobe Acrobat, DocuSign etc.) che attesti la data e l'ora di apposizione della stessa sul modulo.** In assenza di tale garanzia è necessario stampare il Modulo di consenso all'utilizzo della telemedicina per consentire al genitore/tutore legale di firmarlo sulla copia cartacea.