

뉴욕주 조기 중재 프로그램
(New York State Early Intervention Program)
원격의료 이용 동의서 (Consent for the Use of Telehealth)



Department of Health
Bureau of Early Intervention

아동의 이름 _____

조기 중재 번호 _____ 생년월일 _____ / _____ / _____

주소 _____ 아파트 호수 _____

시/타운 _____ 주 _____ 뉴욕 _____ 우편번호 _____

자치구 _____

원격의료를 통해 제공될 서비스 _____

서비스 승인 번호 _____

치료사/교사의 이름 _____ 전화 _____

서비스 제공 기관 _____ 전화 _____

서비스 코디네이터 _____ 전화 _____

서비스 조정 기관 _____ 전화 _____

설명: 이 동의서는 조기 중재 서비스 제공 방법으로 원격의료를 이용하기 위한 서류로서, 원격의료 서비스가 시작되기 **전에** 평가 서비스를 포함하여 아동에 대해 승인된 각각의 서비스 유형에 대해 동의서를 작성해야 합니다. 원격의료는 명시적 동의를 한 참여 가정이 이용할 수 있는 조기 중재 서비스 제공 방법입니다.

원격의료 이용을 위한 이 동의서는 부모/법정 보호자가 '개인 식별 정보 교환을 위한 이메일 이용에 대한 부모 동의서 (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form)'에 서명하고 송부한 후에 이메일로 송부할 수 있습니다. 이 양식은 다음 사이트에서 이용할 수 있습니다. https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

원격의료 이용을 위한 동의서는 아동의 기록에 보관되어야 합니다. **각각의** 조기 중재 서비스마다 개별 동의서가 필요합니다.

저(부모/법정 보호자의 전체 이름) _____ 은(는) 제 자녀의 (서비스 유형 기재) _____

_____ 서비스가 조기 중재 서비스 제공 방법으로서 원격의료를 이용하여 제공되는 것에 동의합니다. 저는 자녀가 받게 될 원격의료 서비스는 자녀의 개별화 가족 서비스 계획(Individualized Family Service Plan, IFSP)에 명시된 서비스 지시를 이행하는 것이며, 내 자녀가 받기로 승인받은 가정/지역사회 기반 서비스에 추가로 제공되는 것이 아니라는 것을 알고 있습니다.

저는 원격의료라는 것이 세션 시간 동안 **오디오와 비디오**로 조기 중재 서비스를 제공하는 것임을 알고 있습니다.

저는 제공자 세션에서 나오는 모든 조기 중재 정보를 제 자녀의 서비스 코디네이터에게 요청하여 세션 노트와 진행 상황 기록의 형식으로 열람할 자격이 있음을 알고 있습니다.

저는 '조기 중재 프로그램에서 가족의 권리 (Your Family Rights in the Early Intervention Program)' 사본을 받았습니니다.

저는 언제든지 어떤 이유로든 서면으로 이 동의를 철회할 권리가 있음을 알고 있습니다. 제가 서면으로 동의를 철회하는 경우, 제 자녀의 서비스 코디네이터가 저의 통지를 받은 후 7일 이내에 상기 서비스에 대한 새로운 원격의료 세션 일정을 정하지 않을 것입니다.

부모/법정 보호자 이름(정자로 기입) _____

부모/법정 보호자 서명 _____ 날짜 _____

유의 사항: 원격의료 동의서(Telehealth Consent Form)에 원격의료에 참여하기 위한 동의로 부모/법정 보호자의 '전자' 서명이 포함되는 경우, 해당 서명에는 동의서 상의 서명 날짜와 시간이 포함되어 있는 전자 서명 확인 표시도(Adobe Acrobat, DocuSign 등과 같은 앱을 통해 사용 가능) 포함되어야 합니다. 그러한 보호장치를 사용할 수 없는 경우, 원격의료 동의서를 인쇄하여 부모/법정 보호자가 인쇄본에 동의 서명을 해야 합니다.