

**Программа раннего вмешательства штата Нью-Йорк
(New York State Early Intervention Program)
Согласие на использование услуг телемедицины
(Consent for the Use of Telehealth)**



**Department
of Health**

**Bureau of
Early Intervention**

Имя и фамилия ребенка _____

Номер в программе раннего вмешательства _____ Дата рождения ____ / ____ / ____

Адрес _____ Номер квартиры _____

Город _____ Штат Нью-Йорк Почтовый индекс _____

Муниципалитет _____

Услуги, получаемые посредством телемедицины _____

Авторизационный номер услуги _____

Имя и фамилия врача/учителя _____ Телефон _____

Учреждение поставщика услуг _____ Телефон _____

Координатор по обслуживанию _____ Телефон _____

Учреждение координатора по обслуживанию _____ Телефон _____

Инструкции. Данная форма согласия на использование услуг телемедицины в качестве метода осуществления раннего вмешательства должна быть заполнена для каждого типа услуг, одобренного для ребенка, включая услуги оценки, **до** начала предоставления услуг телемедицины. Услуги телемедицины в качестве метода осуществления раннего вмешательства предоставляются семьям участников программы при наличии выраженного согласия.

Данную форму согласия на использование услуг телемедицины можно вернуть после того, как родитель/законный опекун также подпишет и вернет форму согласия родителя на использование электронной почты для обмена персональными данными, идентифицирующими личность (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form), которую можно найти на этом веб-сайте: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/early_intervention_parent_consent_to_use_email.pdf

Форма согласия на использование услуг телемедицины должна храниться в карте ребенка. Для **каждой** услуги раннего вмешательства потребуется отдельная форма согласия.

Я, (полное имя родителя/законного опекуна) _____, даю согласие на использование услуг телемедицины в качестве метода предоставления услуги раннего вмешательства (указать тип услуги) _____ моему ребенку. Я понимаю, что услуги телемедицины, которые будет получать мой ребенок, позволят выполнить требования индивидуального плана обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP), составленного для моего ребенка, и не являются дополнением к услугам, предоставляемым на дому/по месту жительства, которые мой ребенок имеет право получать.

Я понимаю, что термин «телемедицина» означает, что услуги раннего вмешательства будут предоставляться при помощи средств **аудио- и видеосвязи** в ходе всего сеанса.

Я понимаю, что я имею право получить доступ ко всей информации, собранной в ходе сеансов связи с поставщиком услуг раннего вмешательства, в виде записей о сеансах и записей о ходе лечения, которые я могу получить по запросу, направленному координатору по обслуживанию моего ребенка.

Я получил(-а) копию документа «Права вашей семьи в Программе раннего вмешательства» (“Your Family Rights in the Early Intervention Program”).

Я понимаю, что у меня есть право отозвать это согласие в письменной форме в любое время и по любой причине. Если я отзываю согласие в письменной форме, ожидается, что координатор по обслуживанию моего ребенка не будет назначать новые сеансы телемедицины в рамках указанной выше услуги в течение 7 дней от даты получения моего уведомления.

Имя и фамилия родителя/законного опекуна (печатными буквами) _____

Подпись родителя/законного опекуна _____ Дата _____

Внимание! Если заполняемая форма согласия на использование услуг телемедицины (Telehealth Consent Form) включает электронную подпись родителя/законного опекуна для подтверждения согласия на участие в сеансах телемедицины, **такая подпись также должна включать знак подтверждения электронной подписи (доступен в таких приложениях, как Adobe Acrobat, DocuSign и др.) с указанием в форме даты и времени подписания.** Если такое средство защиты недоступно, форму согласия на использование услуг телемедицины следует распечатать, чтобы родитель/законный опекун мог подписать бумажную копию формы согласия.