

Programa de Intervención Temprana del Estado de Nueva York (New York State Early Intervention Program)
Consentimiento para el uso de telemedicina
(Consent for the Use of Telehealth)



Department of Health
Bureau of Early Intervention

Nombre del niño _____

Número de intervención temprana _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____

Domicilio _____ Número de departamento _____

Ciudad _____ Estado Nueva York Código postal _____

Municipio _____

Servicios que se brindarán mediante telemedicina _____

Número de autorización del servicio _____

Nombre del terapeuta/profesor _____ Teléfono _____

Agencia proveedora de servicios _____ Teléfono _____

Coordinador de servicios _____ Teléfono _____

Agencia coordinadora de servicios _____ Teléfono _____

Instrucciones: Este formulario de consentimiento para el uso de telemedicina como método de prestación de servicios de intervención temprana debe completarse para cada tipo de servicio autorizado para el niño, incluidos los servicios de evaluación, **antes** de que se dé inicio a los servicios de telemedicina. La telemedicina es un método de prestación de servicios de intervención temprana disponible para las familias participantes con su consentimiento expreso.

Este formulario de consentimiento para el uso de telemedicina puede enviarse por correo electrónico después de que el padre/madre/tutor legal también firme y envíe el Consentimiento de los Padres para Intercambiar Información Personal Identificable a través del Correo Electrónico (Parental Consent to Use E-mail to Exchange Personally Identifiable Information Form), disponible aquí: www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/docs/email_usage_spanish.pdf.

El formulario de consentimiento para el uso de telemedicina debe conservarse con el registro del niño. Se requiere un formulario de consentimiento independiente para **cada** servicio de intervención temprana.

Yo, (nombre completo del padre/madre/tutor legal) _____, doy mi consentimiento para que se utilice la telemedicina como método de prestación de servicios de intervención temprana para que mi hijo reciba el servicio de (introducir tipo de servicio) _____. Entiendo que los servicios de telemedicina que mi hijo recibirá cumplirán con el mandato de servicio del Plan de Servicio Familiar personalizado (Individualized Family Service Plan, IFSP) de mi hijo y no se están prestando además de los servicios basados en el hogar/la comunidad que mi hijo está autorizado a recibir.

Entiendo que la telemedicina implica que los servicios de intervención temprana se prestarán utilizando las funciones de **audio y video** de manera simultánea mientras dure la sesión.

Entiendo que tengo derecho a acceder a toda la información de intervención temprana resultante de las sesiones del proveedor en forma de Notas de la sesión y Notas de progreso. Para ello, debo enviar una solicitud al coordinador de servicios de mi hijo.

He recibido una copia de "Los derechos de su familia en el Programa de Intervención Temprana" (Your Family Rights in the Early Intervention Program).

Entiendo que tengo derecho a retirar este consentimiento por escrito en cualquier momento y por cualquier motivo. En caso de que retire mi consentimiento por escrito, el coordinador de servicios de mi hijo deberá abstenerse de programar nuevas sesiones de telemedicina para el servicio mencionado anteriormente, en un plazo de 7 días a partir de la recepción de mi notificación.

Nombre del padre/madre/tutor legal (en letra de imprenta) _____

Firma del padre/madre/tutor legal _____ Fecha _____

Tenga en cuenta lo siguiente: Si el formulario de consentimiento de telemedicina (Telehealth Consent Form) incluye la firma electrónica de un padre/madre/tutor para dar su consentimiento a participar en telemedicina, **esa firma debe incluir también una marca de verificación de firma electrónica (disponible a través de aplicaciones como Adobe Acrobat, DocuSign, etc.) que incluya la fecha y hora de la firma en el formulario.** Si no se dispone de esa medida de seguridad, debe imprimirse el formulario de consentimiento de telemedicina para que el padre/madre/tutor legal pueda firmar el consentimiento en la copia impresa.