



**BIRTH TO 3**

# CONSENTIMIENTO PARA USAR TELESALUD PARA SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA

Nombre del Niño:

Dirección de Familia:

Fecha de Nacimiento

del Niño:

Nombre de Padres:

Gracias por su interés en utilizar la telesalud como método de prestación de servicios de intervención temprana para usted y su hijo. El programa Birth to Three de Delaware requiere que se firme el consentimiento antes del inicio de los servicios ofrecidos a través de telesalud. Por favor lea la información de consentimiento a continuación. Se le proporcionará una copia de este formulario para sus archivos.

Acuse de recibo del padre (s) / tutor y declaración de consentimiento:

1. Doy mi consentimiento para la prestación de servicios de IE mediante visitas virtuales a través de una computadora, tableta o teléfono inteligente entre los proveedores de servicios de IE de Delaware y mi hijo y mi familia.
2. Entiendo que se respetarán todos los derechos de los padres, como se describe en la Guía de Derechos de la Familia.
3. Entiendo la necesidad de seguridad y que tomare medidas para proteger mi propio dispositivo e información personal, incluido el uso de una red Wi-Fi segura con una contraseña y el enlace a la plataforma de videoconferencia que el proveedor me envía cuando participo en visitas virtuales.
4. Entiendo que soy responsable del costo de mi equipo personal y la tecnología (por ejemplo, datos / planes de Internet, dispositivo personal) utilizada por mí para las visitas.
5. Entiendo que el uso de telesalud es una estrategia temporal para proporcionar servicios de IE durante la actual crisis de salud de COVID-19 y se terminará una vez que se levante la emergencia de salud pública del Estado.

Firma del padre / tutor:

Fecha:

Firma del profesional EI:

Fecha:

*Se ha enviado una copia del formulario de consentimiento  
a la familia*

*Copia archivo IE*