

Consentement éclairé pour les services d'intervention précoce virtuels

Renseignements sur l'enfant	
Nom de l'enfant	Date de naissance (mm/jj/aaaa)
Type de service d'intervention précoce	
Ce consentement doit être utilisé pour un type de service. Veuillez remplir des consentements supplémentaires pour chaque type de service.	
<input type="checkbox"/> Coordination des services <input type="checkbox"/> Examen <input type="checkbox"/> Service IFSP en cours : _____	
Nom du coordonnateur des services/de l'intervenant précoce : _____	
Raison de l'avis	
Le Programme d'intervention précoce de DC Strong Start fournira des services d'intervention précoce virtuels pendant l'urgence de santé publique liée au coronavirus (COVID-19).	
Accusé de réception et déclaration de consentement	
Je comprends que mon enfant et ma famille peuvent recevoir des services d'intervention précoce par des visites virtuelles.	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Je consens à la prestation de services d'intervention précoce par des visites virtuelles sur un ordinateur, une tablette ou un smartphone entre les intervenants précoces du Programme d'intervention précoce de DC et ma famille/mon enfant. Je comprends que la disponibilité des visites virtuelles dépendra du type de technologie, des appareils ou des exigences du système utilisé. 2. Je comprends que les intervenants précoces auront le même permis d'exercer/la même certification et appliqueront la même norme de soins lors d'une visite virtuelle que lors d'une visite en personne. 3. J'aurai accès à tous les dossiers et informations de l'intervention précoce résultant des séances menées par des visites virtuelles comme lors de visites en personne et conformément à la loi. 4. J'ai lu les « Lignes directrices pour les familles et les gardiens : À quoi ressemblera ma visite virtuelle ? ». 5. Comme pour toute communication sur Internet, je comprends que les risques comprennent la possibilité de problèmes technologiques pouvant entraîner une mauvaise qualité ou une déconnexion de la visite virtuelle, ainsi qu'une atteinte à la sécurité sans les mesures de protection appropriées. Pour atténuer les risques de sécurité, il est recommandé que je prenne des mesures pour protéger mon appareil personnel et mes données, notamment en utilisant un réseau Internet sécurisé. 6. Je comprends que le Programme d'intervention précoce de DC n'est pas responsable de la sécurité de mon appareil et reconnais et accepte sciemment les risques liés à l'accès aux services via la technologie virtuelle. 7. Je comprends que je suis responsable du coût de la technologie associée à la réception de services d'intervention précoce par des visites virtuelles (par exemple, forfaits de données/Internet, appareil personnel). 8. Je comprends que l'utilisation de visites virtuelles n'est autorisée pour le moment qu'en raison de la pandémie de COVID-19, et que les visites virtuelles ne sont pas une option permanente de prestation de services. 	
<input type="checkbox"/> Je consens à recevoir des services d'intervention précoce virtuels.	
Nom du parent/tuteur/gardien	
Signature du parent/tuteur/gardien	Date (mm/jj/aaaa)