

Programa de intervención temprana del D.C. Strong Start
Consentimiento informado para recibir servicios virtuales de intervención temprana



Información sobre el niño	
Nombre del niño	Fecha de nacimiento (día/mes/año)
Tipo de servicio de intervención temprana	
Este consentimiento se utilizará para un tipo de servicio. Complete los consentimientos adicionales para	
<input type="checkbox"/> Coordinación del servicio <input type="checkbox"/> Evaluación <input type="checkbox"/> Servicio del Plan individualizado de servicios familiares (IFSP, por sus siglas en inglés) actual: _____	
Nombre del coordinador de servicios/proveedor de intervención temprana: _____	
Motivo de la referencia	
El Programa de intervención temprana del D.C. Strong Start (DC EIP, por sus siglas en inglés) proporcionará servicios virtuales de intervención temprana (mediante plataformas de vídeo/audio) durante la emergencia de salud pública por coronavirus (COVID-19).	
Reconocimiento y declaración de consentimiento	
Entiendo que mi hijo y mi familia pueden recibir servicios de intervención temprana (EI, por sus siglas en inglés) por medio de visitas virtuales.	
1. Doy mi consentimiento para la prestación de servicios de EI mediante visitas virtuales a través de una computadora, tableta o teléfono inteligente entre los proveedores de intervención temprana de DC EIP y mi familia/hijo. Entiendo que la disponibilidad de visitas virtuales dependerá del tipo de tecnología, dispositivos o requisitos del sistema que se utilicen.	
2. Entiendo que los proveedores de intervención temprana tendrán la misma licencia/certificación y aplicarán el mismo estándar de atención en una visita virtual que durante una visita en persona.	
3. Tendré acceso a todos los registros e información de EI que resulten de las sesiones realizadas por medio de visitas virtuales como lo haría durante las visitas en persona, y según lo dispuesto por la ley.	
4. He leído las "Guías para familias y cuidadores: ¿Cómo debería ser mi visita virtual?" (<i>Guidelines for Families and Caregivers: What Should My Virtual Visit Look Like?</i>)	
5. Al igual que con cualquier comunicación basada en Internet, entiendo que los riesgos incluyen la posibilidad de problemas tecnológicos que pueden resultar en mala calidad o desconexión de la visita virtual, así como una violación de la seguridad sin las protecciones adecuadas. Para ayudar a mitigar los riesgos de seguridad, se recomienda que tome medidas para proteger mi dispositivo y mis datos personales, incluido el uso de una red de Internet segura.	
6. Entiendo que DC EIP no es responsable de la seguridad de mi dispositivo y reconozco y acepto a sabiendas los riesgos de acceder a los servicios mediante tecnología virtual.	
7. Entiendo que soy responsable del costo de la tecnología asociada con la recepción de servicios de EI por medio de visitas virtuales (p.ej., planes de datos/Internet, dispositivo personal).	
8. Entiendo que el uso de visitas virtuales solo está permitido en este momento debido a la pandemia de COVID-19, y que las visitas virtuales no son una opción de prestación de servicios permanente.	
<input type="checkbox"/> Doy mi consentimiento para los servicios virtuales de intervención temprana.	
Nombre del padre de familia/tutor/cuidador	
Firma del padre de familia/tutor/cuidador	Fecha (día/mes/año)