

THE HAGEDORN LITTLE VILLAGE SCHOOL

Jack Joel Center for Special Children

CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE TERAPIA REMOTA

El nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Distrito: _____

Verifique los servicios a continuación que solicita que se brinden de forma remota (videoconferencia, conferencia telefónica, correspondencia por correo electrónico)

Marque solo los servicios que han sido aprobados por su CPSE / CSE y están identificados en el IEP de su hijo:

_____ Habla

_____ OT

_____ PT

_____ Consejería

_____ Asesoramiento / capacitación para padres

Recordatorio importante: Los servicios de OT / PT no se pueden brindar hasta que el médico de su hijo haya recibido una receta actualizada para los servicios.

Yo, (nombre completo del padre / tutor) _____, doy mi consentimiento para que las terapias de mi hijo mencionadas anteriormente se administren de forma remota en este momento.

Entiendo que los servicios de mi hijo se brindarán en este formato hasta que HLVS reanude la programación completa en persona en el centro. Si HLVS reanuda la programación completa en persona basada en el centro, mi hijo puede continuar recibiendo servicios en este formato, mientras recibe instrucción remota completa, a mi solicitud.

Al firmar a continuación, reconozco que pueden existir riesgos inherentes con respecto a la seguridad y privacidad de la plataforma de videoconferencia Zoom.

Entiendo que estos servicios se brindarán usando audio y video simultáneamente.

Nombre del padre: _____ Fecha: _____

Firma de los padres: _____