 **Formulario de solicitud de Prior Authorization (PA, autorización previa) y**

**de consentimiento de Early Intervention (EI, intervención temprana) remota**

**Consentimiento de la familia para el uso de Remote EI:**

Entiendo que las consultas que se mencionan a continuación se realizarán únicamente de forma remota a través de una conexión de video segura o, con menor frecuencia, por teléfono. Entiendo que las visitas esporádicas que NO se indican a continuación pueden realizarse de forma remota si estoy de acuerdo. Recibí orientación y ayuda sobre el uso de los equipos necesarios y sobre lo que se espera de mí y de mis proveedores para lograrlo con eficacia. Entiendo que si ya no estoy de acuerdo con la cantidad de ayuda remota o presencial, puedo recurrir a mi coordinador de servicios, al director del programa o al contacto para familias del programa Birth to Three (Programa para el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los tres años). Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.

No doy mi consentimiento a los Servicios Remotos de EI como se ha explicado anteriormente. Entiendo que todavía puedo elegirlo y revisar este formulario en otro momento.

Nombre en letra de imprenta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Revoco este consentimiento: Firma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Solicitud de PA para EI remota**  (*el programa Birth to Three se envía por correo electrónico seguro a* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov)*)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del programa: | | | Nombre del niño: | | | Número de Birth to Three: |
| Fecha de nacimiento: | Fecha de inicio: | | | Fecha de finalización propuesta: | | Tipo de servicio:  Eval.  Exam. EITS |
| Motivo: Describa en detalle:  Se debe adjuntar el Individualized Family Service Plan (IFSP, Plan de Servicio Familiar Individualizado) completo. | | | | | | |
| Tecnología que se utilizará:  Solicitud en línea que cumple con la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA, Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico) mencionada en la Oficina de la Primera Infancia (OEC) de Connecticut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(nombre)*  Teléfono  Otra (describa): | | | | | | |
| ***Solo para la Oficina de la Primera Infancia de Connecticut:*** | | | | | | |
| Fecha de recepción de la solicitud:  Fecha de regreso al programa: | | Aprobado  Motivo del rechazo:  Se necesita más información: | | | Fecha y firma autorizada: | |