**Formulário de consentimento de Remote Early Intervention (Remote EI) e solicitação de Prior Authorization (PA, Autorização Prévia)**

Consentimento da família para uso de Remote EI (Intervenção Precoce Remota):

*Compreendo que minhas consultas serão realizadas remotamente por de telefone ou de uma conexão de vídeo segura.*

*Recebi assistência técnica para que isso seja realizado de maneira eficaz.*

*Compreendo que eu posso revogar este consentimento a qualquer momento.*

Nome em letra de fôrma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~~

*Programa Birth to Three (Nascimento até os Três) Envie APENAS por e-mail SEGURO para* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) *conforme o necessário (PA dispensada durante Public Health Emergency [PHE, Emergência de Saúde Pública] da COVID-19, exceto por Early Intervention Treatment Services [EITS, Serviços de Tratamento de Intervenção Precoce] somente por áudio.)*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nome do programa: | | | Nome da criança: | | | Número Birth to Three: |
| Data de nascimento: | Data de início: | | | Data de término proposta: | | Tipo de serviço:  Avaliação  Parecer  IFSP  EITS |
| Motivo (descreva em detalhes):  Individualized Family Service Plan (IFSP, Plano de Serviço Familiar Individualizado) preenchido deve ser anexado | | | | | | |
| Qual tecnologia será utilizada:  Aplicativo baseado na Web em conformidade com a HIPAA listado no OEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(nome)*  Telefone  Outro (descreva): | | | | | | |
| ***Somente Escritório da Primeira Infância:*** | | | | | | |
| Data de recebimento da solicitação:  Data de devolução ao programa: | | Aprovado  Data da recusa:  Informações adicionais necessárias: | | | Assinatura e data da autorização: | |

Revogo este consentimento:

Nome em letra de fôrma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_