**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* *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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_