**Formulario de solicitud de Prior Authorization (PA, autorización previa) y de consentimiento de Remote Early Intervention (Remote EI)**

Consentimiento de la familia para el uso de Remote EI (intervención temprana remota):

*Entiendo que las consultas se realizarán de forma remota a través del teléfono o de una conexión de video segura. He recibido asistencia técnica para lograr que esto suceda de manera efectiva.*

*Entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento.*

Nombre en letra de imprenta:

Firma: Fecha:

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

Para el programa *Birth to Three (Programa para el desarrollo de niños desde el nacimiento hasta los tres años) SOLO envíe un correo electrónico SEGURO a* [*CTBirth23@ct.gov*](mailto:CTBirth23@ct.gov) *según sea necesario (la PA no se aplica durante la Public Health Emergency [PHE, emergencia de salud pública*] *por COVID-19 excepto para Early Intervention Treatment Services [EITS, servicios de tratamiento de intervención temprana] de audio solamente).*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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.  IFSP  EITS |
| Describa el motivo detalladamente:  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 HIPAA mencionada en la OEC: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*(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: | |

Revoco este consentimiento:

Nombre en letra de imprenta:

Firma: Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_