



GREENVILLE COUNTY
SCHOOLS
Where enlightening strikes

INFORMACION PARA EL CONSENTIMIENTO DE TELESERVICIOS

Estudiante:	DOB:
Escuela:	Numero de ID del Estudiante:

Propósito: El propósito de este formulario es obtener su consentimiento para teleservicios (servicios de terapia virtual), también conocido como telepráctica, telesalud y teleterapia. Es necesaria la información para el consentimiento cuando los teleservicios son presentados por un terapeuta con licencia (PT, OT, Patóloga del Habla) en el estado de Carolina del Sur.

Naturaleza de los Teleservicios: Teleservicios es la aplicación de la tecnología de telecomunicaciones de Internet para brindar servicios de terapia profesional para la evaluación, terapia y / o consulta que puede incluir consulta, tratamiento, transferencia de datos médicos, correos electrónicos, conversaciones telefónicas y / o educación utilizando audio, video o transmisión de datos. El Teleservicio se considera un modo de presentación de servicios de terapia, no una forma de terapia separada de práctica. El estándar de atención es el mismo ya sea que se atiende al estudiante en persona o mediante teleservicio. Sin embargo, debido a la naturaleza de la tecnología, el teleservicio puede experimentarse de manera algo diferente a las sesiones de tratamiento en persona.

Con el teleservicio, el terapeuta y el alumno podrán verse y escucharse en tiempo real. El terapeuta podrá realizar evaluaciones de diagnóstico y brindar el tratamiento según se describe en el IEP. Cualquier cambio al IEP (Plan de educación individualizado) debe ser acordado por el equipo del IEP.

Riesgos y Beneficios: Existen beneficios y riesgos asociados con el teleservicio, que incluyen, entre otros, la posibilidad, a pesar de los esfuerzos razonables por parte del distrito, de que: la transmisión de información pueda verse interrumpida o distorsionada por fallas técnicas; la transmisión de información podría ser interrumpida por personas no autorizadas; y/o personas no autorizadas podrían acceder al almacenamiento electrónico de información médica.

Dado que el teleservicio es diferente de los servicios en persona, los padres / cuidadores deben comprender y aceptar lo siguiente:

1. Doy mi consentimiento a los tipos de actividades permitidas usando teleservicios (por ejemplo, como fotografía, grabación o videograbación) así como el almacenamiento de los datos del encuentro/sesión.
2. Entiendo que el terapeuta debe tener licencia / certificación en Carolina del Sur y el estudiante debe estar físicamente en el estado de Carolina del Sur mientras se presentan los servicios.
3. Entiendo que “teleservicio” incluye diagnóstico y tratamiento mediante comunicaciones interactivas de audio, video o datos.
4. Entiendo que el teleservicio también implica la comunicación de información médica, tanto oral como visualmente.
5. Entiendo que las leyes que protegen la confidencialidad de la información médica también se aplica al teleservicio. Como tal, entiendo que la información divulgada durante el curso de la evaluación, terapia o consulta es confidencial.

6. Entiendo que la informacion puede ser compartida con otras personas con el propósito de programar e implementar el IEP del estudiante y que estas personas involucradas mantendrán en todo momento la confidencialidad de la informacion obtenida y las leyes que protegen la privacidad y la confidencialidad de la informacion medica se aplican igualmente al teleservicio.
7. Entiendo que existe el riesgo de ser visto o escuchado si el estudiante no está en una habitación privada mientras participa en el teleservicio.
8. Entiendo que la plataforma utilizada para el teleservicio incluirá medidas de seguridad que cumplan con los requisitos apropiados para proteger la confidencialidad de la identificación e informacion de los estudiantes, así como para proteger contra la corrupción intencional o no intencional.
9. Entiendo que si el equipo del IEP está de acuerdo en que el estudiante no se beneficia de los servicios prestados a través de tele salud, el método de servicios será discutido y revisado como parte de una reunión del IEP.

Además entiendo y estoy de acuerdo

1. Tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para participar en el teleservicio en cualquier momento.
2. Las sesiones de teleservicio no pueden ser grabadas por el estudiante, el padre / cuidador y / o cualquier persona que pueda estar presente mientras se lleva a cabo una sesión de teleservicio y que la difusión de cualquier imagen o informacion de identificación de interacción personal de la interacción de teleservicio no se producirá sin un consentimiento.
3. Soy responsable de participar en la programación, asegurarme de que el estudiante asista a las sesiones de teleservicio durante la duración de la sesión y que se requiera que esté presente en la sala para ayudar con las dificultades técnicas y / o mantener al estudiante concentrado.
4. Soy responsable de organizar un lugar tranquilo con suficiente iluminación y privacidad que esté libre de distracciones para que tenga lugar la sesión de teleservicio.
5. En caso de la pérdida de informacion durante el teleservicio debido a fallas técnicas y posibles fallas de tecnología haré las exoneraciones respectivas de responsabilidad.

He leído y comprendido la informacion proporcionada anteriormente y mis preguntas han sido respondidas satisfactoriamente. He leído este documento detenidamente y entiendo los riesgos, beneficios y mis derechos relacionados con el teleservicio y, por la presente, doy mi consentimiento informado para que mi estudiante participe en un teleservicio según los términos descritos en este documento. Por la presente declaro que estoy de acuerdo con los términos de este documento.

Estudiante: _____

Firma del Padre/Tutor:

_____ Fecha: _____