**Consentimiento informado para servicios de fisioterapia virtual y / o terapia ocupacional**

Los servicios de fisioterapia prestados virtualmente a los estudiantes implican el uso de comunicaciones electrónicas (audiovisuales y / o telefónicas) para permitir al fisioterapeuta o asistente de fisioterapeuta, que se encuentra en un sitio que está diferente al sitio en el que se encuentra el estudiante, para interactuar con el estudiante, el padre y / o el maestro del estudiante para brindar servicios de terapia física. Los servicios prestados no serán de naturaleza práctica, pero abordarán los objetivos del Programa de Educación Individualizada (IEP) que la terapia física está apoyando actualmente en la escuela. Los posibles mecanismos para proporcionar servicios de fisioterapia virtual incluyen:

* Conversaciones telefónicas
* Audio y video bidireccional en vivo

Los servicios de terapia ocupacional prestados virtualmente a los estudiantes implican el uso de comunicaciones electrónicas (audiovisuales sincrónicos) para permitir que el terapeuta ocupacional o el asistente del terapeuta ocupacional, que se encuentra en un sitio diferente al sitio en el que se encuentra el estudiante, interactúe con estudiante, padre y / o maestro del estudiante para brindar servicios de terapia ocupacional. Los servicios prestados no serán de naturaleza práctica, sino que abordarán los objetivos del Programa de Educación Individualizada (IEP) que la terapia ocupacional actualmente apoya en la escuela. Los posibles mecanismos para proporcionar servicios virtuales de terapia ocupacional incluyen:

* Audio y video síncrono bidireccional en vivo
* Los servicios de consulta se pueden entregar a través de conversaciones telefónicas.

Los sistemas electrónicos utilizados cumplirán, en la mayor medida posible, con las disposiciones aplicables de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia, 20 USC § 1232g (FERPA).

**Beneficios esperados:**

* Permitir que los estudiantes que actualmente reciben su educación en el hogar debido al cierre de escuelas debido a la pandemia COVID-19 reciban algunos de sus servicios de terapia física y / u ocupacional para que puedan beneficiarse de su IEP y minimizar la regresión de habilidades al máximo En la medida de lo posible.

**Posibles riesgos:**

* No todas las metas del IEP que actualmente reciben apoyo de fisioterapia y / o terapia ocupacional en la escuela son adecuadas para ser abordadas virtualmente en el entorno del hogar.
* Si bien se hará todo lo posible para proteger la confidencialidad del estudiante y los derechos FERPA del estudiante, es posible que la privacidad se vea comprometida. Por ejemplo, una conversación telefónica podría ser escuchada por alguien que no es parte de la sesión de terapia.

**Consentimiento de los padres para los servicios de terapia física virtual**

Al firmar a continuación, yo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, el padre (incluido el padre natural o adoptivo), el tutor legal o un individuo que actúa como padre en ausencia de uno de los padres o tutor legal, reconozco que entiendo y de acuerdo con lo siguiente:

1)     Entiendo que las leyes que protegen la privacidad de los registros educativos de los estudiantes, incluida FERPA, se aplican a la prestación virtual de servicios de fisioterapia y terapia ocupacional, y entiendo que tengo derecho a retener o retirar mi consentimiento para la fisioterapia virtual y / o servicios de terapia ocupacional para mi hijo en cualquier momento, mediante notificación por escrito a HCDE o mi distrito escolar.

2)     He lead y entiendo la información proporcionada anteriormente con respecto a la prestación de servicios de terapia física virtual y / o terapia ocupacional, se me ha dado la oportunidad de discutirla con mi proveedor de terapia si lo desea, y todas mis preguntas han sido respondidas a mi entera satisfacción.

3)     Entiendo los riesgos y beneficios de la prestación de servicios virtuales de terapia física y / u ocupacional, y por la presente doy mi consentimiento informado para que mi hijo reciba estos servicios.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha

Top of Form

Bottom of Form