

**SUFFOLK COUNTY PRESCHOOL**  
**CONSENTIMIENTO PARA EL USO DE LA TELEPRÁCTICA DURANTE**  
**EL ESTADO DE EMERGENCIA DECLARADO POR EL COVID-19**  
**SOLO AUDIO**

Nombre del estudiante:	Distrito escolar:	Fecha de nacimiento: / /
Dirección:		N.º de apto.:
Ciudad/Pueblo:	Estado: Nueva York	Código postal:
Tipo de servicio que se prestará mediante la telepráctica:	Mandato de servicio:	
Nombre del terapeuta/maestro:	N.º de teléfono:	
	Correo electrónico:	

**Instrucciones:** Este formulario de consentimiento para el uso de la telepráctica como método de prestación de servicios del Comité de Educación Especial de Preescolar (Committee on Preschool Special Education, CPSE) se deberá completar para cada tipo de servicio autorizado para el estudiante mencionado arriba antes de que se puedan iniciar los servicios de telepráctica. La telepráctica como método de prestación de servicios relacionados con el preescolar o de servicios del Sistema de Información de Educación Especial (Special Education Information System, SEIS) solo está a disposición *durante el estado de emergencia declarado* por el COVID-19.

El formulario de consentimiento para el uso de la telepráctica se puede enviar por correo electrónico si el padre, la madre o el tutor legal también firma y envía la Aprobación de los padres para el uso de correo electrónico para intercambiar información personal identificable del condado de Suffolk.

El formulario de consentimiento para el uso de la telepráctica debe firmarse y enviarse antes del inicio de los servicios. Se requiere un formulario de consentimiento separado para cada servicio.

Yo, (nombre completo del padre, de la madre o del tutor legal) \_\_\_\_\_, doy mi consentimiento para que mi hijo reciba \_\_\_\_\_ (escriba el tipo de servicio) mediante la telepráctica como método de prestación de los servicios relacionados o de los servicios del SEIS que se indican en su Programa de Educación Individualizado (Individualized Education Plan, IEP). Entiendo que los servicios de telepráctica que mi hijo recibirá cumplirán el mandato de servicio de su Programa de Educación Individualizado (IEP) y que no se prestarán además de los servicios que mi hijo está autorizado a recibir.

Entiendo que la telepráctica como método de prestación de servicios relacionados con el preescolar o de servicios del SEIS solo está a disposición durante el estado de emergencia declarado por el COVID-19 y que los servicios de mi hijo se prestarán mediante el método autorizado en su IEP después del estado de emergencia declarado.

Entiendo que la telepráctica significa que los servicios del CPSE se prestarán mediante el uso de **solo audio junto con planes de estudio** durante todo el período de la sesión. La parte de audio permitirá hacer preguntas y dar orientación para el uso de los planes de estudio.

El terapeuta/maestro de mi hijo me ha explicado cómo se prestará el servicio y entiendo mejor mi función de ayuda para la prestación del servicio.

Entiendo que tendré acceso a toda la información obtenida de las sesiones desarrolladas a través de la telepráctica de la misma manera que cuando se prestan los servicios según el IEP establecido.

- Al marcar esta casilla, el padre o la madre confirma que:
- El proveedor llamó el \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ para obtener el consentimiento verbal para el inicio inmediato de los servicios de telepráctica.
  - Firmará y enviará el formulario por correo electrónico al proveedor en el plazo de 48 horas después de su recepción por correo electrónico o por correo postal de los EE. UU.

\_\_\_\_\_  
Nombre del padre o la madre (en letra de imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o la madre

\_\_\_\_\_  
Fecha