

Consentimiento de los Padres para la Divulgación de Información Confidencial y Educación Especial Grupal de Aprendizaje Electrónico eLearning y Teleterapia

Student Name (Nombre del estudiante)

Parent Name (Nombre de padre)

Campus (Campus escolar)

Case Manager/Teacher/Therapist
(Administrador de casos/Profesor/Terapeuta)

Es posible que su hijo participe en lecciones o sesiones de terapia en grupos pequeños con otros estudiantes virtualmente. Como parte de nuestros procedimientos, requerimos que los padres o tutores estén presentes en el hogar mientras se lleva a cabo el eLearning o teleterapia. A medida que apoyamos y alentamos una asociación entre los padres y el personal de la escuela en el proceso educativo, hay ciertos derechos garantizados para todos los estudiantes.

Para garantizar la confidencialidad y seguridad del entorno de aprendizaje electrónico eLearning para todos los estudiantes, por favor firme abajo para indicar que comprende, reconoce y acepta cumplir con los siguientes estándares del distrito con respecto a la confidencialidad:

- Se me permite observar a otros estudiantes durante las lecciones virtuales en grupos pequeños.
- Durante el tiempo que estoy observando la lección virtual, no puedo interrumpir la instrucción hablando con el maestro o cualquier otra persona en el aula virtual.
- No puedo grabar en audio, video o fotografiar durante la lección.
- Se debe respetar el derecho a la privacidad de cada niño. No puedo discutir mis observaciones o información confidencial sobre los niños en la lección, incluidas las situaciones específicas que se observaron durante la lección.
- Si tengo preocupaciones sobre mi hijo/a o otros estudiantes, debo discutir esas preocupaciones con el maestro de la clase, el terapeuta, el administrador de casos y / o el administrador del campus escolar.

Para continuar brindando los servicios del IEP de su hijo, el distrito solicita la siguiente divulgación de información y permiso para proporcionar servicios en un entorno grupal de eLearning o teleterapia:

- Reconozco que puede ser necesario que mi hijo sea visible en la cámara para algunas sesiones de eLearning o eTherapy y podría ser visto o escuchado por personas en ubicaciones alternativas.
- Acepto la divulgación de información confidencial solo para el propósito de implementar el IEP.
- Entiendo y estoy de acuerdo con la participación de mi hijo en el aprendizaje electrónico en grupo, incluida la teleterapia.
- Me han informado completamente en mi idioma nativo u otro modo de comunicación de toda la información relevante para la participación de mi hijo en el aprendizaje electrónico eLearning grupal, incluida la teleterapia.
- Entiendo que la concesión de mi consentimiento es voluntaria y puede ser revocada en cualquier momento. Si revoco mi consentimiento, entiendo que la revocación no es retroactiva y no niega una acción que haya ocurrido después de que se otorgó mi consentimiento y antes de que se revocara mi consentimiento.

Sí No

Firma del padre

Fecha

Comuníquese con el administrador de casos o el terapeuta de su hijo si tiene alguna pregunta o necesita información adicional.