

## Consentimiento para el programa Children 1<sup>st</sup>

[dph.ga.gov](http://dph.ga.gov)

El objetivo general del programa Children 1<sup>st</sup> consiste en mejorar los resultados de la salud y del desarrollo de los niños de Georgia desde el nacimiento hasta su cumpleaños #5. Nuestro propósito es identificar a los niños que pueden tener problemas de salud y de desarrollo y promover las conexiones de intervención temprana para fomentar la salud y el crecimiento óptimos.

Los servicios de Children 1<sup>st</sup> son proporcionados por el personal del distrito que realiza una evaluación individualizada de las fortalezas y de las necesidades de recursos, además de una evaluación del desarrollo (por ejemplo, el Cuestionario de Edades y Etapas y la Lista de Verificación Modificada para el Autismo en Niños Pequeños). Los servicios se pueden ofrecer a domicilio, en una clínica o a través de la telemedicina.

Al marcar la opción «acepto» que aparece abajo, entiendo lo siguiente:

1. El Departamento de Salud Pública de Georgia (DPH) puede enviarme mensajes de texto o correos electrónicos.
2. El DPH puede proporcionarme servicios a través de una plataforma de telemedicina segura.
3. Puede haber riesgos relacionados con la recepción de mensajes de textos y correos electrónicos del Departamento de Salud Pública de Georgia, incluido el riesgo de que otra persona lea el mensaje.
4. Según mi plan de teléfono celular, mi operador puede cobrarme una tarifa por los mensajes u otras tarifas de datos, y soy responsable de estos costos.
5. Si ya no deseo recibir mensajes de texto o correos electrónicos del DPH o servicios a través de la telemedicina, puedo revocar mi consentimiento en cualquier momento al comunicarme con el coordinador de Children 1<sup>st</sup>.
6. Si cambia mi número de celular o mi dirección de correo electrónico, o ya no me pertenece, entiendo que es mi entera responsabilidad informar al DPH de este cambio mediante un documento escrito al coordinador de Children 1<sup>st</sup> al menos diez (10) días antes de que este se produzca cuando sea posible. Si no informo al Departamento sobre este cambio, asumo el riesgo de que otra persona utilice mi información o que esta se divulgue a otras personas fuera de la protección de la ley vigente.
7. Es mi decisión seleccionar la opción «Acepto» que aparece abajo, y elegir «No acepto» NO afectará mi elegibilidad ni participación en el programa Children 1<sup>st</sup>.
8. Este consentimiento quedará sin efecto a los cinco (5) años desde la fecha de su firma a menos que revoque mi consentimiento mediante un documento escrito al coordinador de Children First antes de esa fecha.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Acepto recibir comunicaciones del programa mediante mensajes de textos.
- No acepto recibir comunicaciones del programa mediante mensajes de textos.

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Acepto recibir comunicaciones del programa mediante correo electrónico.
- No acepto recibir comunicaciones del programa mediante correo electrónico.

Actualizado en mayo de 2025

Seleccione una de las siguientes opciones:

- Acepto recibir servicios mediante telemedicina.
- No acepto recibir servicios mediante telemedicina.

Su firma a continuación indica que usted acepta lo anterior y la realización del proceso de evaluación por parte del Programa Children 1st.

<b>Nombre del niño</b> (Apellido)	(Nombre)	<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Nombre del padre, de la madre o del tutor legal en letra de imprenta:</b>		
<b>Firma del padre, de la madre o del tutor legal:</b>		<b>Fecha de la firma:</b>
<b>Firma del representante del programa Children 1<sup>st</sup>:</b>		<b>Fecha de la firma:</b>