

## **Consent to Participate in WIC Nutrition Education Through Telehealth**

Participant Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Representative of Participant's Name (if applicable): \_\_\_\_\_

I understand I, or the person I am representing, have been referred to a nutritionist for a WIC nutrition education appointment. This appointment will be completed through telehealth. The Health Resources and Services Administration (HRSA) defines telehealth as "the use of electronic information and telecommunications technologies to support and promote clinical healthcare, patient and professional health-related education, public health and health administration." This option requires connecting via an agency approved HIPAA compliant application and requires a valid email address, a video device and reliable internet connection. I understand WIC health information related to previously attended WIC appointments may be shared with the telehealth nutritionist.

**By signing below, I am agreeing to the following:**

- WIC Service is not responsible for any costs associated with my video device or data plan.
- WIC Service is not responsible for any damage to my electronic video device used for the purpose of telehealth.
- WIC Service will not provide any equipment or technical support related to the video application.
- I will receive an email or text message which I must accept to setup the appointment.
- I must use my own device to participate in the program.
- I must begin my telehealth session and establish remote contact at the agreed upon date and time. In the event of technical failure, I agree to contact the clinic to reschedule my appointment within 24 hours.
- I may cancel my participation in telehealth any time by contacting my WIC clinic.
- I am responsible for selecting my session location and will choose a private location.

**I agree that each WIC - Nutrition Education Telehealth session will be completed as follows:**

- I will join the appointment at the scheduled time.
- My identity may be confirmed by asking for my name and date of birth.
- Questions may be asked related to my previously attended WIC appointment and past/current health history.
- Within 24 hours after my telehealth appointment, I will call my WIC clinic to obtain benefit information and to schedule my next WIC appointment.

Participant or Parent/Guardian Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

*This institution is an equal opportunity provider.*

## **Consentimiento para participar en Educación Nutricional de WIC a través de Telesalud**

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ La Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Representante del Nombre de Participante (si corresponde): \_\_\_\_\_

Entiendo que yo, o la persona que represento, han sido referidos a un nutricionista para mi próxima cita de educación nutricional WIC. Esta cita se completará a través de la Telehealth. La Administración de Recursos y Servicios de Salud (HRSA) define la Telehealth como "el uso de tecnologías electrónicas de información y telecomunicaciones para apoyar y promover la salud clínica, la educación relacionada con la salud del paciente y profesional, la salud pública y la administración de la salud." Esta opción requiere conectarse a través de una aplicación compatible con HIPAA aprobada por la agencia y requiere una dirección de correo electrónico válida, un dispositivo de video y una conexión a Internet confiable. Entiendo que la información de salud de WIC relacionada con citas de WIC previamente atendidas se podrán compartir con el nutricionista de telesalud.

### **Al firmar abajo, estoy de acuerdo con lo siguiente:**

- El Servicio WIC no es responsable de ningún costo asociado con mi dispositivo de video o plan de datos.
- El Servicio WIC no se hace responsable de ningún daño a mi dispositivo de video electrónico utilizado con el propósito de Telehealth.
- El Servicio WIC no proporcionará ningún equipo o soporte técnico relacionado con la aplicación de video.
- Recibiré un correo electrónico o mensaje de texto que debo aceptar para configurar la cita.
- Debo usar mi propio dispositivo para participar en el programa.
- Debo comenzar mi sesión de Telehealth y establecer contacto remoto con el nutricionista de Telehealth en la fecha y hora acordadas. En caso de fallo técnico, acepto comunicarme con la clínica para reprogramar mi cita en 24 horas.
- Puedo cancelar mi participación en Telehealth en cualquier momento poniéndome en contacto con mi clínica WIC.
- Soy responsable para escoger un lugar para mi sesión y escoger un lugar privada.

### **Estoy de acuerdo en que cada sesión de WIC – Educación Nutricional Telehealth se completará en la siguiente manera:**

- Asistiré a la cita a la hora programada.
- Mi identidad podrá confirmarse preguntando mi nombre y fecha de nacimiento.
- Se podrán hacer preguntas relacionadas con las citas de WIC previamente atendidas y la historia de salud pasada/actual.
- Dentro de las 24 horas después de mi cita de Telehealth, llamaré a mi clínica WIC para obtener información sobre los beneficios y programar mi próxima cita con WIC.

Firma del Participante o de Padre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

***Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.***