

ESTADO DE OKLAHOMA
Autoridad de Oklahoma para el Cuidado de la Salud

Formulario de Consentimiento para Padres

Miembro Nombre: _____

ID de registro del miembro #: _____

Diagnóstico del miembro: _____

Yo, _____ (nombre en letra de imprenta del padre/madre/tutor legal), **por este medio autorizo a** _____ (nombre en letra de imprenta del proveedor) **para evaluar, como también proporcionar tratamiento subsiguiente con base en los resultados de la evaluación para terapia física, terapia ocupacional y/o terapia del lenguaje** (encierre en un círculo todos los servicios que se aplican) **para el menor que se nombra abajo.**

Firma del padre/madre/tutor legal

Fecha con firma del padre/madre/tutor legal

Relación con el miembro

Firma del terapeuta o representante del grupo de terapia

Fecha con firma del proveedor

******Tenga en cuenta: El formulario debe completarse en su totalidad; de lo contrario, será considerado incompleto y no será aceptado******