



## Consentimiento del Padre

### Información de Niño(a)

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Sex: **M** **F** Edad: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Pre-escolar: \_\_\_\_\_ Maestro(a) & Aula: \_\_\_\_\_

Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

Teléf. Casa: \_\_\_\_\_ Teléf. Trabajo: \_\_\_\_\_ Cel: \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra: \_\_\_\_\_ Teléf.: \_\_\_\_\_

Idioma hablado en la casa: \_\_\_\_\_ Idioma que el niño(a) habla mejor: \_\_\_\_\_

### Consentimiento del padre para Screening/Evaluación

Yo aquí declaro y reconozco que yo soy el padre o tutor legal del niño(a) mencionado anteriormente, quien es legalmente mi hijo(a).

Yo doy consentimiento para que ARLEY THERAPY SERVICES haga uno de los siguientes procedimientos al niño(a) mencionado anteriormente:

- Screen/Evaluar Habla, Lenguaje y Voz       Screen/Evaluar Capacidades Motrices

Este consentimiento es válido para que el procedimiento sea realizado en las oficinas de ARLEY THERAPY SERVICES, en el Pre-escolar, la escuela, en la casa del niño(a), en la casa de algún familiar, y/o en cualquier lugar en que el firmante deje al niño(a) para recibir la terapia con ARLEY THERAPY SERVICES

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma del Padre/Guardián                      Fecha

### Consentimiento Para Entregar Información

Yo doy permiso a ARLEY THERAPY SERVICES para que entregue información del niño(a) mencionado(a) anteriormente con los médicos del niño(a), con otros profesionales de la salud relacionados a este caso, directivos escolares, maestros, padres, familiares, compañías de seguros, Medicaid, de la manera que ARLEY THERAPY SERVICES considere más conveniente para el cuidado y tratamiento del niño(a) antes mencionado

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma del Padre/Guardián                      Fecha

### Información del Seguro

- Medicaid/MediPass       Medicaid/MMA       Otro \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ FDN \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Yo autorizo a ARLEY THERAPY SERVICES para entregar toda la información que sea solicitada por Medicaid, o cualquier otro asegurador, por la administración del Seguro Social o sus intermediarios o corredores. Yo permito que se usen copias de mi autorización en lugar del original.

Yo aquí autorizo que cualquier pago si hubiere por servicios médicos recibidos por el niño(a) antes mencionado sean hechos directamente a ARLEY THERAPY SERVICES. Si por alguna razón el pago total no es recibido por ARLEY THERAPY SERVICES, Yo acepto total responsabilidad para pagar cualquier saldo pendiente, Yo pagare dichos saldos y si resulta necesario para ustedes demandarme para cobrar dichos saldos, Yo acepto pagar los honorarios de abogados y costos de cobranzas que sean razonables.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre/Guardián                      Firma del Padre/Guardián                      Fecha



## Parent Consent

### Child Information

Child Name: \_\_\_\_\_ Sex: **M** **F** Age: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Daycare: \_\_\_\_\_ Teacher & Classroom: \_\_\_\_\_

Child Address: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Pediatrician Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Language spoken at home: \_\_\_\_\_ Language the child speaks better: \_\_\_\_\_

### Parent Consent for Screening/Evaluation

I hereby represent and acknowledge that I am the parent and/or legal guardian of the above-named child, who is my lawful son/daughter.

I give consent to ARLEY THERAPY SERVICES to do one of the following processes to the above-named child:

- Screen/Evaluate Speech, Language & Voice       Screen/Evaluate Occupational Skills

This permission is good enough while the subject child is at ARLEY THERAPY SERVICES concerning the care and treatment of the above-named child

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Parent Consent to Release Information

I give permission to ARLEY THERAPY SERVICES to communicate without restraint with the above-named child's physician, related health professionals, school officials, teacher, parents, family members, insurance companies, billing offices as deemed fit and in the sole discretion of ARLEY THERAPY SERVICES concerning the care and treatment of the above-named child.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

### Insurance Information

- Medicaid/MediPass       Medicaid/MMA       Other \_\_\_\_\_

ID #: \_\_\_\_\_ Social Security #: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

I authorize ARLEY THERAPY SERVICES to release all information needed for related Medicaid, MMA Healthcare Plans, or any other insurance holder, to the social security administration or its intermediaries or carriers. I permit a copy of my authorization to be used in place of the original.

I hereby authorize payment if any, to be paid directly to ARLEY THERAPY SERVICES for medical benefits. If for any reason full payment is not received, I accept full responsibility to pay whatever charges remain. If do not pay such charges and it becomes necessary for you to file suit against me to collect such charges, I agree to pay for a reasonably attorney fee and the cost of the collection.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Arley Therapy Services, LLC**

33 N. Krome Avenue, Homestead, FL 33030

Phone: 786-601-2042 – Fax: 786-601-2968 [www.arleytherapy.com](http://www.arleytherapy.com) – [info@arleytherapy.com](mailto:info@arleytherapy.com)