



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: _____ Cel: _____ Email: _____

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 el siguiente procedimiento al niño(a) mencionado anteriormente: Screen/Evaluar Habla, Lenguaje y Voz

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

Arley Therapy Services, LLC

45 NW 8 Street, Suite 104, Homestead, FL 33030

Phone: 786-601-2042 – Fax: 786-601-2968 www.arleytherapy.com – info@arleytherapy.com