

Permiso para Examinar/Evaluar/Tratar

Este documento da permiso para que Speech Solution, Inc., incluyendo sus patólogos del habla y el lenguaje y asistentes, puedan examinar y ejecutar medidas diagnosticas (en la forma de examen informal, evaluaciones estandarizadas, observación clínica, muestras de lengua, etc.) al cliente abajofirmante para los fines del diagnóstico y tratamiento subsiguiente del habla y/o deficits/retraso de lenguaje. Al firmar abajo, el cliente (si tiene los 18 años de la edad o más), el padre o el guardián autoriza a Speech Solutions, Inc. a examinar, evaluar y tratar al cliente nombrado abajo. El tratamiento depende de los resultados de la evaluación y la recomendación inminente del Patologo del habla y el lenguaje. También, al firmando esta forma, yo le doy permiso a Speech Solutions, Inc. de archivar cualquier y todo seguro/Medicaid/Elección de Salud de NC para el pago de servicios rendidos y para contactar el médico de mi niño para autorización/preocupaciones con respecto al habla y lenguaje del niño. Yo aqui presente autorizo a Speech Solutions, Inc. para dar informacion adquirida en el curso de mi evaluación y el tratamiento. Yo aqui presente asigno pago directamente a Speech Solution, Inc. para cualquier servicio proporcionado por nuestra agencia. Conuerdo que esta autorización será válida hasta que sea revocado por escrito o sea reemplazado por uno de una fecha posterior.

Meeting the Speech and Language Needs
of Our Community Since 2003

Nombre del Cliente

La Firma de cliente, el padre, el guardian

Fecha

Esta forma no sale de la fecha. (no se vence)

4260 Fayetteville Road (Upstairs)
P.O. Box 1288
Lumberton, NC 28359
(P) 910-671-9629
(F) 910-671-9630

714 Atkinson Street
Laurinburg, NC 283522
(P) 910-277-1588
(F) 910-277-1589

106 South Lee Street
Whiteville, NC 28472
(P) 910-640-0856
(F) 910-640-0857

4902 Main Street, Suite D
Shalotte, NC 28459
(P) 910-754-3484
(F) 910-754-3485