

Sunrise Therapy Services, LLC  
580 Naugatuck Avenue Milford, CT 06461  
3715 Main Street Bridgeport, CT 06606

203-612-4301 (F)  
203-307-1123 (T)  
203-612-4300 (T)

Autorización para tratar una menor (menor de 18)

Yo, \_\_\_\_\_, padre / tutor legal de \_\_\_\_\_  
(Nombre del padre / tutor legal) (Nombre del niño)

doy permiso para que él / ella para ser visto en el Sunrise Therapy Services, LLC, a los efectos de evaluación y tratamiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre / Tutor legal

-----  
Fecha

-----  
Firma de testigo

-----  
Testigo Nombre Impreso