

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