



FORMULARIO DE AUTORIZACION MEDICA (Su medico necesita llenar este formulario)

Su paciente ha solicitado el servicio de una terapeuta de habla y lenguaje. El paciente recibirá servicios a la Clínica de Patología del Habla y Lenguaje a Widener University. Le agradecemos su informarnos sobre la salud general y estado de inmunización de su paciente. Gracias.

Nombre de paciente: _____ Fecha: _____

¿Si el paciente es un niño, los inmunizaciones son al día?

Sí No

Por favor, describe cualquier condiciones médicas que tiene potencial afectar las habilidades del paciente participar en una evaluación de habla, lengua y audición, o terapia.

¿Hay una historia de ataques o cambios dramáticos en consciencia que debemos ser conscientes de?

¿El paciente está tomando medicaciones regularmente? ¿Sí? ¿Porque y que son los efectos secundarios que debemos ser conscientes de?

Por favor, describe cualquier condición médica o información importante:

M.D. _____

Direccion: _____

Telefono: _____