



Comprehensive Therapy Services

Speech Therapy • Occupational Therapy • Physical Therapy

AUTHORIZATION

TO

TAKE PHOTO

AUTORIZACIÓN

PARA

SACAR FOTOS

Date/Fecha: _____

Re: _____, _____, _____
Last Name/Apellido First Name/Primer Nombre Middle Initial /
Inicial del segundo nombre

Medicaid #/ Número de Medicaid: _____

I, the undersigned, authorize Comprehensive Therapy Services to photograph my child for the following:

(Please initial one or more below that are permitted.)

Yo, el abajo firmante, autorizo Comprehensive Therapy Services a sacar fotos de mi hijo para el siguiente:
(Favor de poner sus iniciales en uno o más de las opciones abajo para indicar que está permitido.)

_____ CTS waiting room / *la sala de espera de CTS*

_____ CTS brochure / *el folleto de CTS*

_____ CTS social media (website / Facebook / *el sitio web de CTS / Facebook*)

_____ Therapy purposes only / *solo para el uso en la terapia*

Signed/*Firmado*:

_____ Relationship to Patient / *Relación al paciente*