



Solicitud de Terapia

¿Cómo se enteró de Therapy World?

Guardería Pediatra Agencia de Intervención Temprana Sitio Web de Therapy World

Otro _____

Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____ Relación _____

Dirección _____

de Teléfono: _____ Email: _____

Tarjeta de seguro adjunta (si la tarjeta está adjunta, no es necesario que complete lo siguiente)

Nombre de Seguro de Salud: _____

Identificación del seguro / Número de identificación de Medicaid: _____

Pediatra: _____ Nombre de la Clínica: _____

#de teléfono de la clínica: _____ # de Fax: _____

Quiero que mi hijo reciba una EVALUACIÓN de terapia del lenguaje y / o terapia ocupacional (y tengo referencia medica).

Quiero que mi hijo reciba una EVALUACIÓN de terapia del lenguaje y / o terapia ocupacional (y NO tengo referencia medica).

Firma del Padre/Guardian: _____ Fecha: _____

¡Gracias por elegir Therapy World! Ofrecemos terapia ocupacional y del habla en inglés y español. Por favor complete este formulario; envíelo por correo electrónico o por fax a nuestra oficina:

Fax: (803) 228-0101
support@mytherapyworld.com

Si tiene más preguntas, por favor llame a nuestra oficina al (803) 329-9500.