



CONSENTIMIENTO PARA UTILIZAR ALIMENTOS EN LAS SESIONES DE TRATAMIENTO

Doy mi consentimiento para que el Instituto del Habla y Lenguaje (SLI) en la Universidad de Salus utilice alimentos en mis sesiones de terapia o las de mi hijo. Si se van a usar alimentos, entiendo que me explicarán de que manera, y como el uso de alimento puede beneficiar el éxito de la terapia.

_____ No tengo/mí niño no tiene alergias ni intolerancia alimentaria conocidas.

_____ Soy/ mí niño es alérgico a ciertos alimentos. Por favor, no use estos alimentos en sesiones de terapia.

Alergia/Reacción/Tratamiento:

Nombre de Cliente

Firma de Cliente

Fecha

Firma del Padre/Cuidador

Fecha