

**Servicios para Niños de California Consentimiento para
el programa de terapia médica**

Servicios para Niños de California (CCS); Programa de Terapia Médica (MTP)

MTP

Condado

Por la presente, autorizo a los Servicios para Niños de California a proporcionar servicios de terapia física médicamente necesarios y/o servicios de terapia ocupacional a través del MTP para

Nombre del niño

Estos servicios pueden incluir evaluación terapéutica, tratamiento, seguimiento, instrucción, consulta y revisión periódica por parte del equipo de la Conferencia de Terapia Médica para evaluar la necesidad de implementar, modificar y/o continuar los servicios.

Entiendo que tengo derecho a apelar si no estoy de acuerdo con el plan de terapia aprobado por CCS y que se adjunta una copia del proceso de apelación a este formulario.

Firma del padre, tutor o paciente
(si es mayor de 18 años)

Relación con el paciente:

Fecha

Firma del representante delegado
de CCS

Nombre impreso del representante
delegado de CCS

Fecha

Original—Archivar en el expediente del caso de CCS
Fotocopia 1—Archivar en el expediente clínico de la Unidad de Terapia Médica
Fotocopia 2—Copia para el padre/madre