

INDIANA UNIVERSITY
Robert L. Milisen Speech-Language & Hearing Clinics
Department of Speech and Hearing Sciences
200 S. Jordan Avenue
Bloomington, IN 47405-7002
Phone: (812) 855-6251
Fax: (812) 855-5561

PERMISO PARA EVALUACION, INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN Y GRABACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nac. _____
Dirección: _____

INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN

Yo, _____, le doy permiso a la Clínica de Robert L. Milisen del Habla y Lenguaje para intercambiar información (mandarla y recibirla) con los siguientes profesionales o agencias.

Profesional o agencia

Dirección

La información para intercambiar incluye records médicos, notas de progreso, informes del patólogo del habla, informes del psicólogo, los records académicos, el IEP o IFSP, informes de audiolología, y otra información del personal de la escuela como los maestros o asistentes de maestro.

Firma: _____ Fecha: _____

Relación al niño/a: _____

EVALUACIÓN

Yo, _____ le doy permiso a la Clínica de Robert L. Milisen del Habla y Lenguaje para que evalúe el habla y lenguaje de mi hijo/a. Esto puede incluir observaciones y actividades formales e informales con el/la niño/a.

Firma: _____ Fecha: _____

GRABACIÓN

Yo, _____ le doy permiso a la Clínica de Robert L. Milisen del Habla y Lenguaje para hacer una grabación de audio de las sesiones de evaluación y/o terapia del habla y lenguaje de mi hijo/a, para el uso exclusivo del terapeuta.

Firma: _____ Fecha: _____