



✉ info@mailppa.com

🌐 www.SouthFloridaTherapists.com

📞 (305) 936-1002 📠 (305) 936-1022

📍 South Florida & New York Tri-State Area

📍 Telepsychology Across PSYPACT States

Consentimiento para el Tratamiento

Nombre del Paciente(s): _____

Por la presente acepto voluntariamente dar mi consentimiento para el tratamiento proporcionado por Pediatric Psychology Associates para mí y/o los miembros de mi familia.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Nombre Completo del Padre/Madre/Tutor: _____

Relación con el Paciente Menor: _____ **Fecha:** _____

Información de Contacto (Teléfono): _____

Información de Contacto (Correo Electrónico): _____



PSYCHOLOGICAL SERVICES | CHILDREN, ADOLESCENTS & ADULTS

AVENTURA • BOCA RATON • HOLLYWOOD • MIAMI BEACH • SOUTH MIAMI • WESTON • NEW YORK TRI-STATE