



WESTSIDE
REGIONAL CENTER

AUTORIZACION PARA SERVICIOS

Fecha: _____

En Relacion A: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Por la presente autorizo al Centro Regional de Westside, miembros del personal profesional, a que ejecutan evaluaciones medicas, psicologicas o cualquier otro tipo de evaluacion que sea necesaria para determinar el diagnostio apropiado a la persona cuyo nombre aparece en este documento.

Estas evaluaciones proporcionaran la informacion para detrmnar la necesidad de tratamiento medico, programa y/o terapia para bebes/ninos; programa educacional, vocacional o cualquier otro servicio apropiado.

Esta autorizacion sera efectiva por el periodo de dos anos o hasta que sea anulada por escrito.

Firma de Cliente mayor de 18 anos

Fecha

Firma de padres, Guardian, o Tutor Legal del Cliente

Fecha

Testigo

Fecha

Relacion