



2096 Red Arrow Trail
 Madison, WI 53711
 Telephone (608) 275-6740
 FAX (608) 275-6756

Program: _____

AUTHORIZATION FOR OCCUPATIONAL THERAPY CONSULTATION ONLY

By signing below, I authorize Reach Dane occupational therapy consultants to observe/consult regarding my child _____ and make recommendations to support my child's individual development and/or classroom planning. I understand it is the responsibility of Reach Dane staff and the consultant(s) to take any necessary actions to protect the confidentiality and privacy of my child and family. I understand I will be informed of the consultation findings and that any recommendations or follow up will be discussed with me.

 Parent/Guardian Signature Date

 (Witness) Reach Dane Staff / Consultant Date

AUTORIZACION PARA CONSULTAR SOBRE LA TERAPIA OCUPACIONAL

Al firmar abajo, yo autorizo los miembros del equipo de terapia ocupacional del Reach Dane para observar/consultar acerca de mi hijo _____ y formular recomendaciones para apoyar el desarrollo individual de mi hijo y/o programación de la clase. Entiendo que es la responsabilidad de los empleados de Reach Dane y el consultor para tomar cualquier acción necesaria para proteger la confidencialidad y la privacidad de mi hijo y familia. Yo entiendo que voy a ser informado de los resultados de la consulta y cualquier recomendación o seguimiento será discutido conmigo.

 Firma de padre/guardián Fecha

 (Testigo) Reach Dane Staff / Consultant Fecha

Staff – please copy for parent/guardian

White: Consultant/CHDD date rec'd: _____ Status: _____