



Therapy

Physical • Occupational • Speech

Snack Release/ *Permiso para Botanas*

I, (Yo) _____, give permission for my child,(*doy permiso para que mi hijo/a* _____, to be given snacks during Speech, Physical & Occupational therapies. (*Reciba botanas durante las citas de terapia fisica, ocupacional, y de lenguaje.*)

I authorize the following snacks to be provided as deemed appropriate by the therapist. I am familiar with the snacks and their ingredients, and I confirm that my child has no known allergies to the ingredient in these products. (*Yo autorizo, y estoy al tanto de los ingredientes de las botanas indicadas y no tengo conocimiento de alguna alergia que las bonatas pueden afectar la salud de mi hijo/a*)

_____ Goldfish Crackers (*Galletas de pescaditos de Queso*)

_____ Ritz Bitz crackers (bite size) (*Galletas de manteca*)

_____ Honey-Nut Cheerios (*Cheerios con miel*)

_____ Regular Cheerios (*Cheerios*)

Parent’s Signature: _____
(*Firma del padre o tutor*)

Date: _____
(*Fecha*)

Patient Details/ *Detalles del paciente*

Describe your current concerns about your child/ *Describe las preocupaciones de tu hijo/a:*

Describe your child’s strong likes/*Describe lo que le gusta a el/ella:*_____

Describe your child’s strong dislikes/*Describe lo que no le gusta:*_____

What are your child’s favorite toys/ *Cuales son los juguetes favoritos:*_____

Parent’s Signature/ *Firma del padre o Tutor:* _____ *Date/Fecha:* _____