



Room: _____

"...where serving you is therapeutic!"™

4500 SATELLITE BLVD • SUITE 2250 • DULUTH, GEORGIA 30096
OFFICE: 800-381-2195 FAX: 888-381-0822

SCREENING PERMISSION FORM

Let's Talk Therapy will be conducting **FREE** speech and language screenings. A developmental age assessment test will be given to all children ages 3 to 5. For children outside of these ages, please contact our office. The areas that will be screened are as follows:

- a. Articulation (speech sound production)
- b. Expressive Language
- c. Receptive Language
- d. Fluency (stuttering)
- e. Voice

If you are interested in having your child's speech, language, and hearing screened, please complete the information below. A letter outlining the results of our screening will be placed in your child's folder.

If you have any questions or concerns, please contact our office at (800) 381-2195.

Learning Center: _____	Location: _____
-------------------------------	------------------------

Child Name: _____ Boy _____ Girl _____ Date of Birth: _____

Parent Name: _____ Phone: _____

Address: _____ Email: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Pediatrician: _____ Phone: _____

Does your child have insurance? Yes No Medicaid Peach State Amerigroup WellCare
Other: _____

Parent's primary language? English Spanish Other: _____

Child's primary language? English Spanish Other: _____

I hereby give consent to have my child screened by Let's Talk Therapy, LLC. Unless indicated below, I further authorize Let's Talk Therapy, LLC to discuss the results with my child's teacher.

(Parent/Guardian Signature) (Date)

Please indicate any specific areas of concern: _____



Room: _____

“...donde servirle es terapéutico!”™

4500 SATELLITE BLVD • SUITE 2250 • DULUTH, GEORGIA 30096
OFFICE: 800-381-2195 FAX: 888-381-0822

AUTORIZACIÓN

Let's Talk Therapy llevará a cabo pruebas del habla y el desarrollo del lenguaje de para niños la edad 3 a 5. Para niños fuera de estas edades, comuníquese con nuestra oficina. Las pruebas proyectarán las siguientes áreas:

- a. La Articulación (la producción de sonidos)
- b. Comunicación Expresiva
- c. Comunicación Receptiva
- d. Fluidez (tartamudeo)
- e. La Voz

Si usted está interesado en que su hijo sea evaluado en las áreas mencionadas, por favor complete la siguiente información. Una carta con el resumen de los resultados de nuestras pruebas será dejada en la carpeta de su hijo.

Si usted tiene alguna pregunta o inquietud, puede comunicarse con nuestra oficina al (800) 381-2195.

Guardería:	Ubicación:
-------------------	-------------------

Nombre del Niño: _____
Chico _____ Chica _____ Fecha de Nacimiento: _____

Padre Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Email: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Pediatra: _____ Teléfono: _____

¿Tiene su hijo seguro? Sí No Medicaid Peach State Amerigroup WellCare
Otro: _____

¿Lengua primario del niño? Inglés Español

¿Lengua primario del padre? Inglés Español

Yo doy consentimiento para que mi hijo seleccionadas por Let's Talk Therapy, LLC. A menos que se indican a continuación, también autorizo Let's Talk Therapy, LLC para discutir los resultados con el maestro de mi hijo.

(Padre/Guardián Firma) (Fecha)

Sírvase indicar las áreas específicas de preocupación. _____
