

**SAN FRANCISCO STATE UNIVERSITY
COMMUNICATIVE DISORDERS CLINIC**
BURK HALL 114, 1600 HOLLOWAY AVENUE
SAN FRANCISCO, CA 94132
415/338.1001 (teléfono) 415/338.0916 (fax)

F-27: DECLARACIÓN DE LA COMPRENSIÓN DE LOS PROPÓSITOS DE LA CLÍNICA

Nombre

Dirección

Ciudad	Estado	Código Postal
---------------	---------------	----------------------

Numero de Teléfono

Solicito la evaluación y/o la terapia para: _____

Comprendo que la terapia/evaluación incluye los procedimientos de prueba del individuo necesarios por el Communicative Disorders Clinic y los procedimientos pueden ser grabados por video/audio. Yo también comprendo que la Clinica en San Francisco State University es una facilidad de educacion, y que el video/audio quedara cellados confidencial y únicamente sera utilizado para el propósito de educacion.

Fecha	Firma	Relación
--------------	--------------	-----------------