

CERTIFICACION DE EQUIPO PARA SERVICIOS PROFESIONALES

La suscribiente _____ es

un(a) profesional autorizado(a) en: (marque una):

_____ terapia del habla _____ patólogo(a) del habla
_____ terapia física _____ terapia ocupacional
_____ terapia psicológica _____ terapia acuática
_____ otro (especifique) _____ con
licencia número: _____

Certifico que soy dueño(a) o tengo acceso en mi oficina al siguiente equipo básico necesario para ofrecer terapias, marque:

_____ Escaleras	_____ Juguetes
_____ Tabla Inclínada	_____ Utensilios comida
_____ Bolas	_____ Láminas
_____ Espejo	_____ Grabadora
_____ Amplificadores(sordos)	_____ Juego de Mesa
_____ Férulas	_____ Scooter
_____ Alfombras	_____ Vestibulos
_____ Barril	_____ Tabla de Balance
_____ "Prone Board"	_____ Mesa ajustable adoptada
_____ Piscina	_____ Casco
_____ Tablero Entrenamiento	_____ Equipo posicionamiento
_____ "Mat" de ejercicio	_____ Equipo estimulación eléctrica
_____ Bola Gigante	_____ Rolos o almohadillas de de diferentes tamaños
_____ "Mat" o plano inclinado en forma de rampa	_____ Barras paralelas
_____ Asiento en hamaca	_____ "Pads" de hielo
_____ Materiales para estímulo visual, auditivo, táctil y de aprendizaje	

FIRMA

NOMBRE

DIRECCION

LICENCIA NUMERO-----TELEFONO