

**AUTORIZACIÓN
PARA CONTINUAR MI TRATAMIENTO CON LA/EL TERAPEUTA DE TRN**

Atraves de esta autorización, yo, el cliente, deajo constancia que quiero continuar el tratamiento de terapia con mi terapeuta de TRN actual y no quiero ser referido a un terapeuta nuevo. Yo negociaré el método de pago de mi citas de terapia con mi terapeuta de TRN.

(Escriba en letra de molde el nombre del terapeuta de TRN)

Firma del cliente

Firma del terapeuta de TRN

Escriba en letra de molde el nombre del cliente

Escriba en letra de molde el terapeuta de nombre del TRN

Fecha

Fecha