



Therapy Session Verification

Verificación de la Sesión de Terapia

Date: _____
(Fecha)

Start Time: _____
(Hora de inicio)

End Time: _____
(Hora de finalización)

Patient Name: _____
(Nombre del paciente)

Therapist Name: _____
(Nombre del terapeuta)

Caregiver Name: _____
(Nombre del cuidador)

Relationship to Patient: _____
(Relación al paciente)

Caregiver Signature: _____
(Firma del cuidador)