VISIT VERIFICATION LOG

Parent/Caregiver, please sign below if you agree with the date, start time and finish for the visit.
Padre de familia/Guardián, por favor firme al calce si está de acuerdo con la fecha, la hora en que terminó y empezó la visita.

_____ _____ _____ _____
Patient Name | Month | Year | Frequency

1. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
2. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
3. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
4. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
5. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
6. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
7. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
8. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardián
9. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
   Fecha | Firma de guardian
10. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
    Fecha | Firma de guardián
11. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
    Fecha | Firma de guardian
12. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
    Fecha | Firma de guardián
13. Date_____ Time In _____ Time Out_____ Caregiver Signature _____
    Fecha | Firma de guardián

Comments: _____

_____

_____

I verify that the above information is accurate and true _____ _____
Signature/Credentials | License #

I have reviewed the chart, and all missed visits are accounted _____ _____
Date Chart Reviewed | Therapist Initials

www.T2000.com
2535 Lone Star Drive • Dallas, TX 75212 • 214.467.9787 • 877.626.7003 (toll-free) • 214.741.3655 (fax)