

*Capitol City  
Speech Therapy, LLC*

141 N Main Street  
Fuquay-Varina, NC 27526

1520 Glenwood Avenue, Suite 201  
Raleigh, NC 27608

Office: 919-577-6807 Fax: 919-577-6853  
www.capitolcityspeechtherapy.com

Requesting information from:

\_\_\_\_\_  
Name of facility/Doctor

Patient Information:

\_\_\_\_\_  
Patient's full name

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Social Security Number

\_\_\_\_\_  
Date of birth

\_\_\_\_\_  
Date of Service

To Receive:

Capitol City Speech Therapy, PLLC

The purpose of this information is needed for continuity of care.

I hereby release, discharge and agree to hold harmless all parties to whom this consent is given from any liability that may arise from the release of information.

I understand that I may revoke this consent at any time excluding any information that has already been release. Without any expressed revocation, this consent will expire:

\_\_\_\_\_  
(Authorization cannot exceed one year from date of signature)

I understand release of my medical information may include transferring copies of my medical records by mail, phone or facsimile (FAX) machine. It is understood that faxing represents transfer of information by using electronic equipment and the potential for error increases when complicated pieces or equipment are involved. It is understood that this type of information transfer includes the possibility that records may arrive at a destination other than the intended destination.

Specific information requested:

\_\_\_\_ Speech/Language evaluations

\_\_\_\_ Developmental Evaluations

\_\_\_\_ Audiologist Evaluations/ TX

\_\_\_\_ ENT Evaluations/ TX Notes

\_\_\_\_ others \_\_\_\_\_

This document has been explained to me and I understand it.

\_\_\_\_\_  
Signature of client/ Legal Representative

\_\_\_\_\_  
Relationship

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature of Witness

\_\_\_\_\_  
Date

*Capitol City  
Speech Therapy, LLC*

141 N Main Street  
Fuquay-Varina, NC 27526

1520 Glenwood Avenue, Suite 201  
Raleigh, NC 27608

Office: 919-577-6807 Fax: 919-577-6853  
www.capitolcityspeechtherapy.com

Solicitando información de:

\_\_\_\_\_  
Nombre de la facilidad/ Doctor

Información del paciente:

\_\_\_\_\_  
Nombre completo del paciente

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Numero de Seguro Social

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Servicios

Recibe:

Capitol City Speech Therapy, LLC

El propósito de esta información es requerida para la continuación del cuidado de salud.

Yo por este medio libero, desechó y estoy de acuerdo en mantener a todas las personas involucradas que autorice, libres de cualquier daño de cualquier responsabilidad que pudiese surgir de esta autorización para liberar información.

Yo entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento excluyendo cualquier información que ya haya sido liberada. Sin mi revocación expresada, esta autorización se expirara:

\_\_\_\_\_  
(Autorización no excederá de un año, desde la fecha que se firme)

Yo entiendo que al liberar información de mi expediente medico podría incluir transferir copias de mi expediente medico por vía correo, teléfono o facsímile (fax). Yo entendi que enviar por fax representa transferir información por medio de un equipo electrónico y que hay un potencial de error que aumenta cuando piezas de equipo complicadas están involucradas. Esta entendido que este tipo de información transferida incluye la posibilidad que estos records puedan llegar al destinatario equivocado.

Información especifica solicitada:

\_\_\_\_ Habla/Evaluaciones del lenguaje

\_\_\_\_ Evaluaciones de desarrollo

\_\_\_\_ Evaluación de Audiologia/TX

\_\_\_\_ Eval. ENT/Notas de gerencia

\_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_

Este documento me ha sido explicado y doy fe de haberlo entendido.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente/ Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Parentesco

\_\_\_\_\_  
Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma de Testigo

\_\_\_\_\_  
Fecha