



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

Authorization for Release of Information from Capitol City Speech Therapy

Patient Information:

Patient's Full Name

Address

Date of Birth

Dates of Service

I hereby consent to and authorize Capitol City Speech Therapy to RELEASE To:

Name of facility to RECEIVE Information

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 released. Without my 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, voicemail 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 of 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 Being Released includes:

_____Speech/Language Evaluations

_____Speech/Language Discharge Summaries

_____Speech/Language Progress notes

_____OT Evaluations

_____OT Progress Notes

_____CBRS progress notes

_____other_____

Signature of Client/Legal Representative

Relationship

Date

Signature of Witness

Date



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

Autorización para dar información de Capitol City Speech Therapy

Información del paciente:

Nombre completo del paciente

Dirección

Numero de Seguro social Fecha de Nacimiento

Fecha de Servicios

Yo doy consentimiento y autorizo a Capitol City Speech Therapy dar información a:

Nombre de la Facilidad a RECIBIR información

El propósito de la petición de esta información es para continuar el cuidado de dicho individuo.

Yo doy consentimiento, doy de alta y estoy de acuerdo en mantener sin ningún daño a todas las partes a quienes este consentimiento es dado de cualquier daño que pudiese ocurrir al exponer esta información.

Yo entiendo que yo puedo revocar este consentimiento en cualquier momento excluyendo cualquier información que haya sido dada. Sin mi revocación expresada, este consentimiento expira:

(La autorización no podrá exceder un año de la fecha de la firma)

Yo entiendo que dar información de mi expediente médico podrá incluir copias transferidas de cualquier record médico, por correo, teléfono o facsímile (Fax). Es entendido que mandar fax representa una transferencia de información usando equipo electrónico y que el potencial de errores incrementa cuando piezas complicadas del equipo están involucradas. Es entendido que este tipo de información incluye la posibilidad que los record puedan llegar a destinaciones equivocadas otras de las intencionales.

La información específica que esta siendo enviada incluye:

_____ Evaluación del habla/lenguaje _____ Resumen de expediente
_____ Notas de progreso de habla/lenguaje dado de alta el habla/lenguaje
_____ otro _____

Este documento me fue explicado y doy fe de haberlo entendido.

_____/_____/_____
Firma el Cliente/ Representante legal Parentesco Fecha

_____/_____
Firma del testigo Fecha