



Medical Information Release

(Authorization for use or disclosure of Protected Health Information)

I authorize Pathways To Communicate, LLC. to gather, use, and disclose my medical information for the purposes of treatment, payment, and healthcare operations:

Treatment includes activities performed by a healthcare provider, nurse, office staff, and other types of healthcare professionals providing care to the client, coordinating or managing the client's care with third parties and consultations with and between other healthcare providers. This consent includes treatment provided by any therapist who covers Pathways To Communicate, LLC by telephone as the on-call therapist.

Payment includes activities determining your eligibility for health plan coverage, billing, and receiving payment from your health benefit claims, and utilization management activities which may include review of healthcare services for medical necessity, justification of charges, pre-certification and pre-authorizations. I understand that I will be personally responsible for any amount denied or any remaining amount owed for services partially or not covered by my third party payer.

Healthcare operations include necessary administrative and business functions of our office.

I further authorize Pathways To Communicate, LLC to use and disclose health and medical information related to therapy, evaluation, assessment, progress notes, and plan of care for the following listed purpose(s):

Collaboration of services with: Speech and Language Pathologists, Physical Therapists, Occupational Therapists, Psychologists, Physicians, Teachers, School Administrators, and other authorized business office personnel.

Consent to Evaluate and Treat

I authorize Pathways To Communicate, LLC to screen, evaluate and provide the necessary speech-language therapy.

Treatment is based upon the findings of the evaluation and the recommendations of the responsible speech-language pathologist.

I understand I have the right to revoke the consent provided and will do so in writing, except to the extent that Pathways To Communicate, LLC has already evaluated, treated, used or disclosed the information in reliance on this consent.

Please print name of patient

DOB

Date

Signature of patient/responsible person (if patient is a minor)

Relationship to patient

530 NW 3rd Street Suite A
P.O. Box 1012
Newport, OR 97365

Phone: 541-272-3501
Fax: 541-264-5573
Email: pathwaystocommunicate@gmail.com

Divulgación de información médica

(autorización para el uso o divulgación de información médica protegida)

Autorizo a Pathways To Communicate, LLC. a recopilar, usar y divulgar mi información médica para fines de tratamiento, pago y operaciones de atención médica:

El tratamiento incluye actividades realizadas por un proveedor de atención médica, una enfermera, personal de oficina y otros tipos de profesionales de la salud que brindan atención al cliente, coordinan o administran la atención del cliente con terceros y consultas con y entre otros proveedores de atención médica. Este consentimiento incluye el tratamiento proporcionado por cualquier terapeuta que cubra Pathways to Communicate, LLC por teléfono como el terapeuta de guardia.

El pago incluye actividades que determinan su elegibilidad para la cobertura del plan de salud, la facturación y la recepción de pagos de sus reclamos de beneficios de salud, y actividades de administración de utilización que pueden incluir la revisión de los servicios de atención médica para necesidades médicas, justificación de cargos, precertificación y preautorizaciones. Entiendo que seré personalmente responsable de cualquier cantidad denegada o cualquier cantidad restante adeudada por servicios parcialmente o no cubiertos por mi tercero pagador.

Las operaciones de atención médica incluyen las funciones administrativas y comerciales necesarias de nuestra oficina.

Autorizo además a Pathways to Communicate, LLC a usar y divulgar información médica y de salud relacionada con la terapia, evaluación, evaluación, notas de progreso y plan de atención para los siguientes propósitos enumerados:

Colaboración de servicios con: Patólogos del Habla y del Lenguaje, Fisioterapeutas, Terapeutas Ocupacional, Psicólogos, Médicos, Maestros, Administradores de la Escuela, y otro personal autorizado de la oficina de negocios.

Consentimiento para evaluar y tratar

Autorizo a Pathways To Communicate, LLC a examinar, evaluar y proporcionar la terapia del habla y el lenguaje necesaria.

El tratamiento se basa en los hallazgos de la evaluación y las recomendaciones del patólogo del habla y el lenguaje responsable.

Entiendo que tengo el derecho de revocar el consentimiento proporcionado y lo haré por escrito, excepto en la medida en que Pathways to Communicate, LLC ya haya evaluado, tratado, utilizado o divulgado la información en función de este consentimiento.

Por favor, escriba el nombre del paciente

DOB

Fecha

Firma del paciente/persona responsable (si el paciente es menor de edad)

Relación con el paciente

530 NW 3rd Street Suite A
P.O. Box 1012
Newport, OR 97365

Phone: 541-272-3501
Fax: 541-264-5573
Email: pathwaystocommunicate@gmail.com