

THERAPY 2000

2535 Lone Star Dr, Dallas, Texas 75212
214 467 9787 FAX 214 741 3655

RELEASE OF INFORMATION

Patient Name / Nombre: _____

Date / Fecha: _____

I / Yo _____ authorize / autorizo _____
to release the following records to THERAPY 2000 / la entrega de los siguientes archivos a
THERAPY 2000:

_____ All prior physical therapy evaluations
Todas las evaluaciones de terapia física anteriores

_____ All prior occupational therapy evaluations
Todas las evaluaciones de terapia ocupacional anteriores

_____ All prior speech therapy evaluations
Todas las evaluaciones de terapia del habla anteriores

_____ Other
Otras

_____ I affirm that I am the _____ parent / _____ legal guardian of the above mentioned patient and in
that capacity I am able to make healthcare-related decisions.

_____ *Yo testifico que soy el _____ padre / madre _____ guardián del paciente arriba mencionado y
en esa capacidad soy capaz de tomar decisiones relacionadas con el cuidado de su salud.*

Parent / Guardian Name / Nombre del padre / madre / guardián

Signature / Firma

Date / Fecha