

**AUTHORIZATION TO RELEASE MEDICAL INFORMATION**

I hereby authorize the transfer of medical information for myself or my dependents from Wells Allergy Associates for continued medical care as Wells Allergy Clinic is permanently closing.

I understand that the transfer and use of my or my dependents personal health information will be disclosed and used according to HIPPA regulations.

**Information to be released:** Complete Record: Office Visits and Labs/Diagnostic Tests that were ordered and/or performed at Wells Allergy Associates and may include HIV test results.

**AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA**

Por la presente autorizo la transferencia de información médica para mí o mis dependientes de Wells Allergy Associates para atención médica continua ya que Wells Allergy Clinic está cerrando permanentemente.

Entiendo que la transferencia y el uso de mi información de salud personal o la de mis dependientes se divulgará y utilizará de acuerdo con las regulaciones de HIPPA.

**Información a publicar:** Registro completo: Visitas al consultorio y pruebas de laboratorio/diagnóstico que se ordenaron y/o realizaron en Wells Allergy Associates y pueden incluir resultados de pruebas de VIH.

**Patient Information / Información del Paciente**

**Name / Nombre:** \_\_\_\_\_

**Date of Birth / Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Phone Number / Número de Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Address / Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Clinic Receiving Records / Registros de Recepción de Clínicas**

**Clinic Name / Nombre de la Clínica:** \_\_\_\_\_

**Physician or Provider Name / Nombre del medico o proveedor:** \_\_\_\_\_

**Address / Dirección:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Clinic Phone / Teléfono de la Clínica:** \_\_\_\_\_ **Clinic Fax / Fax de la Clínica :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Patient/Guardian Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**