

**Joann Blessing-Moore, M.D.**

*Asthma/ Allergies/ Immunology- Children and Adults, Pediatric Lung Disease  
Board Certified: Allergy Immunology; Pediatric Pulmonology*

723 Emerson St. Palo Alto, CA 94301  
(650)688-8480 FAX; (650) 688-8483  
101 S. San Mateo Dr. Ste: 311 San Mateo, CA 94401  
(650) 696-8236 FAX: (650) 696-8229

Date(Fecha): \_\_\_\_\_

Patient's Name(Nombre del paciente): \_\_\_\_\_ DOB(Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_

Physician(Doctor): \_\_\_\_\_

Address(Direccion): \_\_\_\_\_

City (Ciudad): \_\_\_\_\_ State(Estado) \_\_\_\_\_ ZIP(Codigo postal ): \_\_\_\_\_

Dear Colleague:  
(*Estimado Colega*):

The above patient has consulted me for a medical examination. I would appreciate copies of patient's chart notes concerning his/ her medical concerns, including pertinent laboratory and x-ray results and if allergy testing was performed, a copy of the test results and treatment summary of that also. A signed permit to release is included in this letter.

*(El paciente mencionado me ha consultado para un examen médico. Le agradecería por copias de las notas del historial del paciente sobre sus problemas médicos, incluyendo pruebas pertinentes del laboratorio y resultados de rayos X. Si las pruebas de alergia se llevó a cabo, yo agradecería una copia de los resultados de las pruebas y resumen del tratamiento. Un permiso firmado para la liberación de la información está incluido en esta carta.)*

Joann Blessing-Moore, M.D.

I hereby authorize \_\_\_\_\_ to send my medical records and other pertinent information concerning me to Joan Blessing-Moore, M.D.  
(*Por el presente autorizo a \_\_\_\_\_ enviar mis registros médicos y otra información pertinente acerca de mí a Joan Blessing-Moore, M.D.*)

Signed (Firma) \_\_\_\_\_ Date (Fecha) \_\_\_\_\_

Patient's Name (Nombre del Pacient): \_\_\_\_\_

Parent/Guardian(if minor)(Guardian/Padre): \_\_\_\_\_