

Medical Release Form

Last Name/Apellido: _____	First Name/Nombre: _____	MI/Inicial: _____
Date of Birth/Fecha de Nacimiento: _____		
Address/Dirección Residencial: _____		Apt/Apto: _____
City/Cuidad: _____	State/Estado: _____	Zip Code/Código Postal: _____
Mailing Address/Dirección Postal: _____		County/Condado: _____
Home Tel. #/Teléfono Residencia: _____	Other Tel. #/Otro Teléfono: _____	
Medicaid #/Numero de Medicaid: _____	Marital Status/Estado Matrimonial: S M D W	
Emergency Contact Person/Persona de Contacto Emergencia: _____ Tel.: _____		

I authorize the CCP to release my medical and behavioral health information to the Federal and State governments or any duly appointed agents.

Autorizo al CCP para proporcionar mi información médica del comportamiento de la salud a los gobiernos del estado y federal o cualquier agente debido designado.

SIGNATURE OF MEMBER PARENT OR GUARDIAN/FIRMA DEL ASOCIADO, PADRE O GUARDIAN

Date/Fecha

**PLEASE RETURN THIS IN THE ENVELOPE PROVIDED
ALONG WITH THE HEALTH QUESTIONNAIRE**

If you need help call us at 1-866-899-4828 TTY/TDD 1-855-655-5303 Monday to Friday from 8:00am to 7:00pm.