



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: _____
Member Number/Numero de Membresia: _____		
Emergency Contact Person Number/Contacto de Emergencia : _____		
Tel.: _____		

I authorize Community Care Plan - Florida Healthy Kids to release my child's medical and behavioral health information to the Federal and State governments or any duly appointed agents.

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

SIGNATURE OF PARENT OR GUARDIAN/FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN:

Date/Fecha

**PLEASE RETURN THIS IN THE ENVELOPE PROVIDED
ALONG WITH THE HEALTH RISK ASSESSMENT**

If you need help call us at 1-866-930-0944 TTY/TDD 1-855-655-5303 Monday to Friday from 7:30 am to 7:00 pm (EST)