

## Camino Health Center WIC Program

**Lake Forest Office**  
22481 Aspan St., Suite A  
Lake Forest, CA 92630  
Ph: 949-488-7688  
Fax: 949-429-7605

**San Clemente Office**  
1031 Avenida Pico, Suite 104  
San Clemente, CA 92673  
Ph: 949-488-7688  
Fax: 949-488-7698

**San Juan Capistrano Office**  
30300 Camino Capistrano  
San Juan Capistrano, CA 92675  
Ph: 949-488-7688  
Fax: 949-488-7698

### **CONSENT TO RELEASE/REQUEST PERSONAL INFORMATION CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION PERSONAL**

*I understand it is my choice to sign or not sign this form and my participation in the WIC Program, including the participation of any children for whom I am legally responsible for, will not be affected. Information shared/obtained will be used solely by the WIC Program and the other party/parties listed. It is my right to cancel this agreement at any time.*

*Yo entiendo que es mi decisión firmar o no firmar este formulario y mi participación ni la participación de todos los niños para lo que soy legalmente responsable por el programa WIC se verá afectada. La información compartida/obtenida será utilizada únicamente por el Programa de WIC. Es mi derecho de cancelar este acuerdo en cualquier momento.*

**I give permission for the WIC Program to release/request (circle appropriate) personal information regarding me/my child(ren) from:**

**Doy permiso para que le Programa WIC entregue/solicite (circle appropriate) información personal sobre mi/mi hijo (s) de:**

---

**Information to be shared / Información para compartir:**

---

**I do not give permission for the WIC Program to release or request personal information regarding me or my child(ren).**

**Yo no doy permiso para que el Programa WIC libere o solicite información personal sobre mi o mi hijo (s).**

---

Signature of Participant

---

Family ID #

---

Date Signed

---

Expires