



AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DE WIC

Yo _____ autorizo al programa WIC de _____
(Escriba su nombre)

Para dar la siguiente información:

Por favor responda sí o no para indicar si WIC puede dar la Información que sigue:

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No | Plan de nutrición |
| ☐ Sí | ☐ No | Prescripción de Comida/Formula |
| ☐ Sí | ☐ No | Información de seguro de salud |
| ☐ Sí | ☐ No | Altura/Estatura/Peso |
| ☐ Sí | ☐ No | Hemoglobina/Hematocrito/Plomo |
| ☐ Sí | ☐ No | Inmunización |
| ☐ Sí | ☐ No | Coordinación de citas |
| ☐ Sí | ☐ No | Otro (DEBE ser específico): _____ |

Del registro de WIC:

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento ____/____/____

Para:

Nombre de la (s) persona (s) y / u organización (es): _____

☐ Por favor marque si WIC puede dar la información anterior a MassHealth/Proveedor de Equipo Médico Duradero (DME)

Por la(s) siguiente(s) razón(es):

Indique las razones para compartir esta información. Si no quiere dar las razones, simplemente escriba "a mi solicitud":

- Entiendo que la persona(s) o organización mencionada aquí puede no estar cubierta por leyes de privacidad federales o estatales, y pueden ser capaces de compartir la información que WIC les da.
- Yo estoy solicitando que el Programa WIC proporcione la información especificada anteriormente aunque sé que la ley federal me da el derecho a obtener beneficios de WIC y mantener los registros de los participantes de WIC privados. Puedo negarme a firmar esta autorización. Si me niego a firmar la elegibilidad de WIC de mi/mi hijo y los beneficios no se verán afectados.
- Entiendo que puedo cambiar de opinión y cancelar esta autorización en cualquier momento. Para hacer esto, necesito escribir una carta a WIC y enviarla o traerla al programa WIC donde ahora estoy dando este permiso. Una vez que la información ya ha sido dada por WIC, entiendo que es demasiado tarde para cancelar la autorización.

Firma de Participante/Padre/Guardian: _____

Relación al Participante: _____ Fecha: ____/____/____

Esta autorización es válida por un año a partir de la fecha de la firma.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

