

Departamento de Salud del Condado de Westchester
Programa del WIC
Formulario de Consentimiento del Participante

Nombre del Participante: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Nombre del Proveedor de atención médica/Centro de salud: _____

Número de teléfono del proveedor de atención médica (HCP)/Centro de salud: _____

Doy permiso al Programa WIC del Departamento de Salud del Condado de Westchester para:
(Seleccione sí o no)

Comunicarse con el proveedor con respecto a la información de salud del participante: **Sí** **No**

Compartir información de contacto para referencias de salud comunitaria: **Sí** **No**

Si me niego o no puedo realizarme estas pruebas en la oficina de WIC, autorizo al Programa WIC a comunicarse con mi proveedor para obtener la información. Autorizo a mi proveedor a divulgar la información anterior al Programa WIC, y autorizo al Programa WIC a divulgar información sobre mí o mi hijo a este proveedor de atención médica con el fin de coordinar mi atención médica o la de mi hijo. Si mi hijo o yo necesitamos transferirnos a otro programa WIC, autorizo la divulgación de esta información al programa WIC que se transfiere. Toda la información se considera confidencial. Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento enviando una solicitud por escrito al Programa WIC del Departamento de Salud del Condado de Westchester. Entiendo que este comunicado no afectará mi elegibilidad para participar en el programa WIC.

Firma de la participante/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Marque uno: **Representante autorizado(a)** **Padre/Cónyuge/Pareja/Cuidador**

Firma del personal de WIC: _____ **Fecha:** _____

For staff use only:

WIC ID # _____