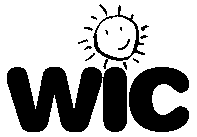
****

**AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN DE WIC**

Yo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ autorizo al programa WIC de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Escriba su nombre)

**Para dar la siguiente información:**

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

   Si  No Plan de nutrición

   Si  No Prescripción de Comida/Formula

   Si  No Información de seguro de salud

   Si  No Altura/Estatura/Peso

   Si  No Hemoglobina/Hematocrito/Plomo

   Si  No Inmunización

   Si  No Coordinación de citas

   Si  No Otro (DEBE ser especifico): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 a MassHealth/Durable Medical Equipment (DME) Provider.*

**Por la siguiente razón:**

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**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Relacion 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*.*

Authorization For Release of Information - WIC Form #267

Revised 09/2023 Spanish