PROGRAMA WIC DE INDIANA
DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

(Este formulario debe usarse luego que haber determinado si cumple con los requisitos de WIC.)

Yo, _____ , por la presente autorizo a

_____

_____

a divulgar información a:

_____

_____

_____

La información que el cliente elije difundir incluye (indicar elecciones):

Personal

____ Nombre
____ Dirección
____ Número de teléfono
____ Fecha de nacimiento

Financiera

____ Ingresos mensuales del hogar
$_____ por mes
____ Otros datos financieros
_____
_____

Información de salud

____ Altura
____ Peso
____ Hemoglobina
____ Plomo

Otro: (solo información específica de WIC, como factores de riesgo, aumento de peso y cuadros de crecimiento, información de educación nutricional, listas del supermercado, notas de amamantamiento, planes de cuidado individual, notas de asesoramiento en educación nutricional o notas en general)

_____
_____
_____

(Aceptar o negarse a firmar el formulario no afectará la elegibilidad para el programa WIC.)

_____ /_____
Firma del cliente o representante autorizado Fecha

_____
Firma de la persona que divulga la información
(El formulario firmado debe escanearse y guardarse en el expediente del cliente)

Esta institución brinda igualdad de oportunidades

03/17