Consentimiento para revelar información personal

Programa de Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

Entiendo que mi decisión de firmar o no firmar este formulario NO afectará mi elegibilidad o participación en el programa de WIC, o la elegibilidad o participación en el programa de WIC de los niños de los cuales soy legalmente responsable.

Doy mi permiso al programa de WIC para revelar información personal para (enumerar el/los nombre(s) de el/los participante(s)):

_____

_____

La información puede ser revelada a la siguiente persona o agencia:

Proveedor de atención médica: Farmacia:

Proveedor de seguros:

La información que puede ser revelada es:

Cualquier información relacionada con la coordinación de cuidados de fórmula terapéutica y/o soporte nutricional.

_____

La razón por cual la información puede ser revelada es:

Coordinación de atención para fórmula terapéutica y/o soporte nutricional.

_____

Tambien doy mi permiso para que el programa de WIC se comunique con el/los siguiente(s) proveedor(es) de salud para obtener información que el programa de WIC pueda necesitar para certificar mi familia para los servicios de WIC o para verificar los servicios necesarios:

_____ _____ _____
(proveedor) (teléfono) (dirección)

_____ _____ _____
(proveedor) (teléfono) (dirección)

Este acuerdo de revelación de información personal comenzará en _____, y terminará en _____
(que no exceda doce meses). fecha fecha

Entiendo que en cualquier momento puedo enviar una solicitud por escrito al programa de WIC para cancelar este acuerdo.

_____ _____ _____
representante de la familia firma fecha

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.