|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-00192 (08/2023) | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | | |
| **REFERRAL / COMMUNICATION WISCONSIN WIC PROGRAM**  **REFERENCIA / COMUNICACIÓN PROGRAMA WIC DE WISCONSIN** | | | | | | | | | |
| **Provider Name and Location / Nombre y ubicación del proveedor:** | | | | | | | | | **Date / Fecha:** |
|  | | | | | | | | |  |
| Participant Name / Nombre del participante | | | | | Date of Birth / Fecha de nacimiento | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| WIC Family ID / Identificación de la familia WIC | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Address / Dirección | | City / Ciudad | | | | | | Zip Code / Código postal | |
|  | |  | | | | | |  | |
| Language / Idioma | Phone / Número de teléfono | | | Cell Phone / Número de teléfono celular | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | |
| **Reason for referral/communication and specific health information requested from provider / Motivo de la referencia/comunicación e información médica específica solicitada al proveedor:** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Participant Authorization / Autorización del participante** | | | | | | | | | | | |
| My rights with respect to this authorization:   * By signing this form, I give my permission for WIC and the provider above to share health information and coordinate nutrition services. * I understand that I have the right to inspect or receive a copy (at a reasonable fee) of the health information I have authorized to be used or disclosed with this authorization. * I understand that if I agree to sign this release, I can receive a copy. * I understand I can cancel this permission at any time by request in writing to my health care provider and WIC. I am aware that my withdrawal will not be effective as to uses and/or disclosures of my health information that the person(s) and or organization(s) listed above have already made in reference to this authorization. * I understand that information used or disclosed pursuant to this authorization may be subject to re-disclosure and no longer protected by Federal privacy standards. * I understand that I am not obligated to sign this authorization as it is will not put WIC eligibility or my WIC benefits at risk. | | | Mis derechos con respecto a esta autorización:   * Al firmar este formulario, doy mi permiso para que el WIC y el proveedor anterior compartan información médica y coordinen los servicios de nutrición. * Entiendo que tengo derecho a inspeccionar o recibir una copia (a un costo razonable) de la información médica que he autorizado para ser utilizada o divulgada mediante esta autorización. * Entiendo que, si acepto firmar este comunicado, puedo recibir una copia. * Entiendo que puedo cancelar este permiso en cualquier momento solicitándolo por escrito a mi proveedor de atención médica y al WIC. Soy consciente de que revocación no será efectiva en cuanto a los usos y / o las divulgaciones de mi información médica que las personas u organizaciones mencionadas anteriormente ya hayan hecho en referencia a esta autorización. * Entiendo que la información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estará protegida por los estándares federales de privacidad. * Entiendo que no estoy obligado a firmar esta autorización ya que no pondrá en riesgo la elegibilidad de WIC ni de mis beneficios de WIC. | | | | | | | | |
| This authorization is valid for one year, beginning today and ending on / Esta autorización es válida por un año, comenzando hoy y terminando el | | | | | | | | | | | |
| **SIGNATURE** – Person Legally Authorized to Give Consent.  **FIRMA** – Persona legalmente autorizada para dar su consentimiento. | | | | | | Date Signed  Fecha de la firma | | | | |
|  | | | | | |  | | | | |
| **Printed Name / Nombre en letra de molde** | | | **Relationship / Relación** | | | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | | | |
| **SIGNATURE** – WIC Staff Making Referral  **FIRMA** – Personal de WIC que hace la referencia | | | | | | | Date Signed  Fecha de la firma | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| **Provider’s Findings and Plan (Please complete & return to WIC to ensure continuity of care) / Conclusiones y plan del proveedor (llene y devuelva al WIC para garantizar la continuidad de la atención):** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **SIGNATURE** – Health Care Provider  **FIRMA** – Proveedor de atención médica | | | | | | | Date Signed  Fecha de la firma | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| **WIC Project Information / Información del proyecto de WIC** | | | | | | | | | | | |
| Name / Nombre | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Address / Dirección | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| City, State, Zip / Ciudad, estado, código postal | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Phone and fax / Número de teléfono y fax | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |

This institution is an equal opportunity provider. / Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.