|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-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 SignedFecha 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 SignedFecha 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 SignedFecha 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.