|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-03148 (10/2024) | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | |
| **CLINICAL DATA REQUEST – WISCONSIN WIC PROGRAM**  **SOLICITUD DE DATOS CLÍNICOS – WIC PROGRAM DE WISCONSIN** | | | | | | | | |
| **Medical Provider Clinic / Clínica del proveedor médico** | | | | | | | |
| Participant Name – Legal First and Last / Nombre del participante – nombre y apellido legales | | | | Date of Birth / Fecha de nacimiento | WIC Family ID / Identificación de la familia WIC | | | |
|  | | | |  |  | | | |
| Address / Dirección | | | | City / Ciudad | ZIP Code / Código postal | | Sex / Sexo | |
|  | | | |  |  | |  | |
| **Medical data is requested from the provider for WIC certification. The below information is needed by the WIC agency as soon as possible. / Los datos médicos se solicitan al proveedor para la certificación de WIC. La agencia WIC necesita la siguiente información lo antes posible.** | | | | | | | | |
| Most recent weight / Peso más reciente:       Date / Fecha:  Most recent height / Estatura más reciente:       Date / Fecha:       **Or / O,**  Recumbent length (under 2 years) / Longitud en posición recostada (menores de 2 años):       Date / Fecha: | | | | | | | | |
| Most recent Hemoglobin/Hematocrit / Prueba de hemoglobina o hematocrito más reciente:       Date / Fecha: | | | | | | | | |
| **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 la oficina de WIC y el proveedor mencionado anteriormente compartan información de salud 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 que se utilice o divulgue con esta autorización. * Entiendo que, si acepto firmar esta autorización, 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 mi revocación no será efectiva en cuanto a los usos o las divulgaciones de mi información médica que las personas u organizaciones mencionadas anteriormente ya hayan realizado 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 cumplir los requisitos del WIC ni de mis beneficios del WIC. | | | | | | |
| This authorization is valid for five (5) years, beginning the date of signature and ending after five (5) years or until revoked. / La presente autorización es válida durante cinco (5) años, a partir de la fecha de su firma y hasta transcurridos cinco (5) años o hasta su revocación. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | | |
| **SIGNATURE** – Person Legally Authorized to Give Consent /  **FIRMA** – Persona legalmente autorizada para dar consentimiento | | | | | | Date Signed / Fecha de la firma | | |
| **Printed Name / Escriba su nombre en letra de molde** | **Relationship / Parentesco** | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | |
| **WIC Agency Information / Información de la agencia WIC** | | | | | | | | |
| Name: | | Phone:       Fax: | | | | | | |
| Address: | | City, State, ZIP Code: | | | | | | |

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