|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-03148 (05/2023) | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | |
| **CLINICAL DATA REQUEST – WISCONSIN WIC PROGRAM /**  **SOLICITUD DE DATOS CLÍNICOS – WIC PROGRAM 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 | |
|  | | | |  | |  | |
| Address / Dirección | | | | City / Ciudad | | Zip Code / Código postal | |
|  | | | |  | |  | |
| **Data is requested from provider for WIC certification. Please provide as soon as possible to WIC agency below. / Se solicitan datos del proveedor para la certificación de WIC. Por favor, proporciónelos tan pronto como sea posible a la agencia de WIC indicada al final de la página.** | | | | | | | |
| Most Recent Weight / Peso más reciente:       Height / Estatura:  Recumbent Length (under 2 years) / Longitud en posición recostada (menores de 2 años):       Date / Fecha: | | | | | | | |
| Most Recent Hemoglobin/Hematocrit / Prueba de hemoglobina/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 data. * 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 mencionado anteriormente compartan datos de salud. * 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 after the date signed. / Esta autorización es válida durante cinco (5) años a partir de la fecha de su firma. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| **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 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 roveedor de igualdad de oportunidades.