

**PARTICIPANTE DEL PROGRAMA DE WIC**  
**CONSENTIMIENTO PARA PERMITIR INFORMACION PERSONAL**  
**(OPCIONAL)**

**YO ENTIENDO QUE MI DECISION DE FIRMAR O NO FIRMAR ESTA FORMA NO AFECTARA MI ELEGIBILIDAD PARA MI PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE WIC, TAMPOCO AFECTARA LA ELEGIBILIDAD PARA LA PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE WIC DE CUALQUIERA DE LOS NINOS POR LOS CUALES ESTAN BAJO MI RESPONSABILIDAD LEGAL.**

Doy permiso para dar a conocer información confidencial que he proveído a el programa de WIC acerca de mi o niños que están bajo mi responsabilidad legal, a personas u organizaciones que administran programas de salud social, y que ayudan a personas que califican para el programa de WIC. Yo entiendo que estas organizaciones están de acuerdo a no compartir esta información con cualquier otro programa del estado o el gobierno federal, y estas organizaciones están de acuerdo para usar esta información solo para determinar mi elegibilidad a esos programas de asistencia social y para proveer información de los servicios que estos programas ofrecen.

Esta información confidencial puede incluir: nombres, direcciones, números de teléfono, fechas de nacimiento, números de Seguro Social y cierta información médica. La información médica que puede ser compartida bajo la autorización de este documento se limite a lo siguiente: peso y altura/longitud de cuerpo, resultados de hemoglobina/hematocrito (sangre, fechas de inmunizaciones, fecha estimada de parto, fecha en que termino el último embarazo, número de embarazos y el número de nacimientos anteriores.

**Las organizaciones con las cuales el programa de WIC puede compartir esta información personal son:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| * Adolescent Family Life Program (AFLP)                 | * Office of Family Planning                | * Medi-Cal                                       |
| * Maternal and Infant Health Assessment Survey          | * Loving Support                           | * Disease Control                                |
| * MCAH-Maternal Child Adolescent Health                 | * Healthy Families                         | * Car Seat Program                               |
| * California Children Services (CCS)                    | * Immunization Programs (IZ)               | * Black Infant Health Program                    |
| * California Birth Defects Monitoring Program           | * Cal-Learn Program                        | * CalFresh                                       |
| * Child Health and Disability Prevention Program (CHDP) | * Domestic Violence Program                | * Head Start Program                             |
| * Comprehensive Perinatal Services Program (CPSP)       | * Public Health Nursing                    | * Temporary Assistance for Needy Families (TANF) |
|   | * Assistance for Infants and Mothers (AIM) |  |

También doy permiso para que el Programa de WIC contacte a los siguientes proveedores de salud para obtener información que el Programa de WIC pueda necesitar para certificarme o certificar a cualquiera de los niños que estén bajo mi responsabilidad legal para los servicios de WIC o para verificar servicios necesarios:

_____	_____	_____
(Proveedor)	(Teléfono)	(Dirección)
_____	_____	_____
(Proveedor)	(Teléfono)	(Dirección)

Este acuerdo para compartir mi información personal estará en efecto por doce (12) meses empezando el día en que firme esta forma. También entiendo que puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento solo con entregar una nota escrita de cancelación.

_____	_____	_____
Nombre del Participante	Firma de Participante/Padres/Guardián	Fecha

**Este es un programa de igualdad de oportunidades. Si usted cree que ha sido discriminado debido a su raza, color, nacionalidad, edad, sexo, o impedimento físico, escriba inmediatamente al Secretario de Agricultura, Washington, DC 20250.**