

**Programa de WIC del Condado de Contra Costa
Autorización para Compartir u Obtener Información Personal
Formulario de Consentimiento**

(Opcional)

ENTIENDO QUE MI DECISION DE FIRMAR O NO FIRMAR ESTE FORMULARIO NO AFECTARA MI ELIGIBILIDAD PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE WIC, TAMPOCO AFECTARA LA ELEGIBILIDAD O LA PARTICIPACIÓN DE LOS NIÑOS(AS) EN EL PROGRAMA DE WIC, LOS CUALES ESTAN BAJO MI RESPONSABILIDAD LEGAL.

Autorizo compartir u obtener información confidencial que yo he provisto al programa de WIC acerca de mi persona o de los niños(as) quienes están bajo mi responsabilidad legal, a personas u organizaciones mencionadas abajo.

Esta información confidencial puede incluir: nombres, domicilio, números telefónicos, fechas de nacimiento, peso, estatura, resultados de hemoglobina (sangre), fechas de inmunizaciones, fecha estimada de parto, fecha en que termino el ultimo embarazo, número de embarazos y el número de nacimientos anteriores.

RAZONES POR LAS CUALES PODEMOS COMPARTIR U OBTENER INFORMACION:

1. Para ayudar a sus hijos(as) o a usted a recibir los servicios que le ofrecen las agencias mencionadas abajo.
2. Para asegurar que sus hijos(as) y usted estén recibiendo servicios médicos.
3. Para que el programa de WIC pueda obtener información necesaria para certificar a su familia y así obtener los servicios de WIC.
4. Para que el programa de WIC pueda comunicarse con usted a través de correo electrónico, mensaje de texto o una llamada telefónica.

LAS ORGANIZACIONES CON LAS CUALES EL PROGRAMA DE WIC PUEDE COMPARTIR U OBTENER INFORMACIÓN PERSONAL SON:

- SERVICIOS DE SALUD DE CONTRA COSTA
- PLAN DE SALUD DE CONTRA COSTA
- CENTRO MEDICO REGIONAL DE CONTRA COSTA
- SERVICIOS MEDICOS DE EMERGENCIA DE CONTRA COSTA
- SALUD PUBLICA DE CONTRA COSTA (CHDP, PCG, BIH, PH Nursing, CCS, Clinic Services, HFA, CWPP)
- SALUD MENTAL DE CONTRA COSTA
- SU PROVEDOR MEDICO
- CAL-FRESH
- BANCO DE COMIDA DE CONTRA COSTA
- FARMACIAS APROVADAS POR MEDI-CAL
- HEALTHY START, HEAD START, PRIMEROS 5, PLANNED PARENTHOOD
- FUNDACION DE SALUD PUBLICA
- HOSPITALES LOCALES Y CLINICAS DE RECIEN NACIDOS
- AYUDA LEGAL PARA EMPLEADOR
- OTROS: _____

Este acuerdo para compartir u obtener información personal entrará en vigencia a partir de doce meses después de la fecha en que firmo este formulario. Entiendo que puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento por medio de una carta escrita.

Nombre del Participante/Pariente/Guardián

Firma del Participante/Pariente/Guardián

Fecha

Me han ofrecido una copia de la Notificación de Practicas de Privacidad del Condado de Contra Costa.

<https://www.cchealth.org/home/showpublisheddocument/7665/638261689673670000>

Nombre del Participante/Pariente/Guardián

Firma del Participante/Pariente/Guardián

Fecha

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.