

**Contra Costa County WIC Program
Participant Authorization to Release Personal Information**

(Optional)

I UNDERSTAND THAT MY CHOICE TO SIGN OR NOT TO SIGN THIS FORM WILL NOT AFFECT MY ELIGIBILITY FOR OR PARTICIPATION IN THE PROGRAM, OR THE ELIGIBILITY FOR OR PARTICIPATION IN THE WIC PROGRAM OF ANY CHILDREN FOR WHOM I AM LEGALLY RESPONSIBLE.

I give my permission to release personal information I have provided to the WIC Program about myself, or children for whom I am legally responsible, to the following agencies listed below.

This confidential information may include personal information such as names, addresses, telephone numbers, dates of birth, body weight, body length, hemoglobin/hematocrit results, dates of immunizations, expected delivery date, date last pregnancy ended, the number of times pregnant, and the number of prior deliveries.

THE REASONS INFORMATION MAY BE RELEASED ARE:

1. To assist my children and me to benefit from services provided by the agencies listed below.
2. To ensure my children and I are receiving optimal health care.
3. To obtain information the WIC Program may need to certify my family for WIC Program services.
4. To e-mail, text or call me about my WIC appointment and/or services available.

THE ORGANIZATIONS TO WHICH THE WIC PROGRAM MAY RELEASE PERSONAL INFORMATION ARE:

- CONTRA COSTA HEALTH SERVICES
- CONTRA COSTA HEALTH PLAN
- CONTRA COSTA REGIONAL MEDICAL CENTER
- CONTRA COSTA COUNTY EMERGENCY MEDICAL SERVICES
- CONTRA COSTA PUBLIC HEALTH (CHDP, PCG, BIH, PH Nursing, CCS, Clinic Services, HFA, CWPP)
- CONTRA COSTA MENTAL HEALTH
- YOUR MEDICAL PROVIDER
- CAL-FRESH
- FOOD BANK OF CONTRA COSTA
- UC COOPERATIVE EXTENSION
- SHIELD PHARMACY & DELTA DRUGS
- WELCOME HOME BABY (CONTRA COSTA)
- HELLO BABY
- HEALTHY START, HEAD START, FIRST 5, PLANNED PARENTHOOD
- PUBLIC HEALTH FOUNDATION
- LOCAL HOSPITALS & NEWBORN CLINICS
- LEGAL AID AT WORK
- OTHER: _____

This agreement to release personal information shall be effective for twelve months from the date I signed this form. I understand that I may cancel this agreement at any time by submitting a written cancellation notice.

Name of Participant/Parent/Guardian (Print)

Signature

Date

I have been offered a copy of the Contra Costa County Notice of Privacy Practices.

Name of Participant/Parent/Guardian (Print)

Signature

Date

WIC IS AN EQUAL OPPORTUNITY PROGRAM.

**Programa de WIC del Condado de Contra Costa
Consentimiento Para Compartir Información Personal**

(Opcional)

YO ENTIENDO QUE MI DECISION DE FIRMAR O NO FIRMAR ESTA FORMA NO AFECTARA MI ELIGIBILIDAD PARA MI PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE WIC, TAMPOCO AFECTARA LA ELEGIBILIDAD O LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA DE WIC DE LOS NIÑOS(AS) POR LOS CUALES ESTEN BAJO MI RESPONSABILIDAD LEGAL.

Yo doy permiso para pasar información confidencial que yo he proveído al programa de WIC acerca de mí o los niños(as) por los cuales están bajo mi responsabilidad legal, a personas o organizaciones escritas abajo.

Esta información confidencial puede incluir: nombres , domicilio, números telefónicos, fechas de nacimiento, peso y estatura de cuerpo, 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.

LAS RAZONES POR LA CUAL PODEMOS PASAR INFORMACION:

1. Para beneficiar a mis hijos(as) y a mí de los servicios que le ofrece las agencias escritas abajo.
2. Para asegurar que mis hijos(as) y mí estamos recibiendo servicios médicos.
3. Para que el programa de WIC pueda obtener información necesaria para certificar a mi familia para obtener los servicios de WIC.
4. Para que el programa de WIC pueda comunicarse conmigo vía correo electrónico, mensaje de texto o una llamada telefónica.

LAS ORGANIZACIONES CON LAS CUALES EL PROGRAMA DE WIC PUEDE COMPARTIR ESTA 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
- UC COOPERATIVE EXTENSION
- SHIELD PHARMACY Y DELTA DRUGS
- WELCOME HOME BABY (CONTRA COSTA)
- HELLO BABY
- 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 pasar información personal estará en efectivo por doce meses desde la fecha en que firmo esta forma. Yo entiendo que puedo cancelar este acuerdo en cualquier momento por medio de una carta escrita.

Nombre de Participante/Pariente/Guardián

Firma de Participante/Pariente/Guardián

Fecha

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

Nombre de Participante/Pariente/Guardián

Firma de Participante/Pariente/Guardián

Fecha

ESTA INSTITUCIÓN ES UN PROVEEDOR QUE OFRECE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES.