



Autorización para la Divulgación de Información

Identificación familiar _____ **Fecha:** _____

Doy mi consentimiento al _____ programa de WIC para liberar e intercambiar Información sobre mí y/o mis hijos menores.

Nombre _____ Fecha de Nac. _____ Nombre _____ Fecha de Nac. _____
 Nombre _____ Fecha de Nac. _____ Nombre _____ Fecha de Nac. _____
 Nombre _____ Fecha de Nac. _____ Nombre _____ Fecha de Nac. _____

Escriba sus iniciales junto a las entidades, programas, o personas que usted acepta para la liberación e intercambio de información:

___ Visitas a domicilio _____ Chequeos para niños y adolescentes (Child & Teen Checkup) _____ Inmunización
 ___ Follow Along (Seguir Adelante) _____ ECFE/Distrito escolar _____ One Call Now
 ___ Sillas infantiles _____ Proveedor médico/Sistema de salud/ Clínica _____
 ___ Otro proveedor/organización _____

Escriba sus iniciales junto a la información que acepta liberar e intercambiar:

___ Toda la información que he proporcionado al programa WIC, mediciones y evaluaciones hechas por el programa WIC, fechas y horarios de citas, y si participo en el programa WIC.
 ___ Mi participación en el programa WIC, mi información de contacto, y mis fechas y horarios de citas.
 ___ Otra información _____

Escriba sus iniciales junto a los métodos que acepta para intercambiar Información con el programa WIC:

___ Llamada de teléfono/Mensaje de voz _____ Mensajes de texto _____ Correo electrónico
 Entiendo que enviar información electrónicamente puede no ser seguro. Asumo el riesgo de que personas que no sean el destinatario previsto puedan observar la información enviada por estos medios. Dependiendo de mi plan de teléfono, puede haber cargos por los que seré responsable, y puedo pedirle que deje de recibir esto tipo de comunicación en cualquier momento.

Esta información se utilizará para:

- Comunicar conmigo acerca de las citas de WIC o proporcionar información por teléfono, correo electrónico o texto.
- Proporcionar servicios para los que soy elegible y deseo participar.

¿Cómo se protegerá mi privacidad? La información sobre mí es privada y está protegida por las leyes de privacidad federales y estatales. El programa WIC de Minnesota no liberará información de identificación a ninguna persona no autorizada sin mi permiso. Después de que la información se divulgue a otros programas de salud pública, la información estará protegida por la Ley de Prácticas de Datos del Gobierno de Minnesota. En virtud de esa ley, la información sobre mi salud es privada. El personal de los programas de salud pública tendrá acceso a la información en la medida necesaria para desempeñar sus funciones de trabajo para los programas. Mi médico debe proteger la privacidad de mi información de salud en virtud de las leyes de privacidad federales y estatales.

¿Si tengo que firmar? Entiendo que no tengo que aceptar la divulgación de la información descrita en este documento. También entiendo que negarse a firmar esta autorización no afectará mi elegibilidad o participación en el programa WIC o cualquier otro programa de salud pública, no afectará la atención actual o futura que reciba de cualquier proveedor de atención médica, y no causaré ninguna sanción o pérdida de beneficios a los que soy elegible de otra manera. Sin embargo, si no firmo esta autorización y participo en más de un programa, es posible que me hagan las mismas preguntas de salud o que tomen las mismas medidas más de una vez.

Cancelación de mi permiso: Puedo cancelar mi permiso en cualquier momento. Con el fin de cancelar mi permiso, necesito enviar o entregar una carta al _____ programa WIC e incluir en la carta mi solicitud de que mi permiso sea cancelado, mi nombre y fecha de nacimiento, y mi firma. Esta autorización expira en _____ año(s) a partir de la fecha de mi firma, a menos que se revoque en una fecha anterior por mí.

Fecha de firma

Firma de participante, padre o tutor

Nombre en letra de molde