

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

(Opcional)

Entiendo que mi decisión de firmar o no firmar este formulario no afectara mi elegibilidad 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:

- Para ayudar a sus hijos(as) o a usted a recibir los servicios que le ofrecen las agencias mencionadas abajo
- Para asegurar que sus hijos(as) y usted estén recibiendo servicios médicos
- Para que el programa de WIC pueda obtener información necesaria para certificar a su familia y así obtener los servicios de WIC
- 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 proveedor medico
- Cal-Fresh
- Banco de Comida de Contra Costa
- Farmacias Aprobadas 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.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Participante/Pariente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Participante/Pariente/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha