

Formulario de designación de un representante para WIC

(Nombre del paciente: _____) Place Chart Label Here (ID del paciente: _____ HID/LOC: _____)

** Este formulario se debe completar, firmar, fechar y entregar en el departamento de salud cuando llene el formulario de registro y consentimiento para la certificación WIC.*

Yo _____, soy la participante, padre, representante legal (guardián legal o el adulto con poder legal) del infante/niño mencionado (si aplica). Autorizo a la/s persona/s citadas a continuación para recibir los beneficios, comprar alimentos aprobados por WIC u obtener educación nutricional en nombre mio o traer _____ para obtener lo mismo.
 (Nombre del/los niño/s)

Entiendo que mi representante debe seguir todas las reglas del programa. Esta autorización incluye compartir y obtener información de nutrición. Entiendo que este formulario es únicamente para esta autorización de WIC y no significa que es para ningún otro programa o procedimiento

Favor complete la siguiente información (ver al reverso si necesita más espacio)

Nombre completo (mujer partícipe), bebé o niño: _____

Nombre(s) of representante(s) legal autorizado(s):

1. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

2. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

3. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____
 (Mujer partícipe, padre o representante legal)

Número telefónico en caso de emergencia: _____

Dirección: _____

Ciudad and código postal: _____

Por favor coloque sus iniciales y la fecha si ha revisado este formulario para la recertificación y <u>no</u> desea hacer cambios/adiciones:					
Inicial: _____	Fecha: _____	Inicial: _____	Fecha: _____	Inicial: _____	Fecha: _____
Inicial: _____	Fecha: _____	Inicial: _____	Fecha: _____	Inicial: _____	Fecha: _____
Inicial: _____	Fecha: _____	Inicial: _____	Fecha: _____	Inicial: _____	Fecha: _____

Anexo/Adenda de la autorización

Nombres(s) de los representante(s) autorizado(s):

4. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

5. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

6. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

7. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

8. _____

Relación con la mujer partícipe, bebé/niño: _____

Local Health Department use only

Verbal Proxy Authorization

I have informed the woman participant, parent or legal representative of the intent of this proxy authorization and the consent is valid for the certification period or until there is a request for change by the participant, parent or legal representative.

Name of person giving authorization: _____ Date: _____

Signature/Title/Date of person obtaining: _____ Date: _____