

Texas WIC Program
Authorization to Release Medical Information

Name/*Nombre*: _____
(Name of Client/ *Nombre de la cliente*)

Address/ *Dirección*: _____
(Street Number, Post Office Box, Route Number) (City) (State) (Zip Code)
(*Dirección, apartado postal, número de ruta*) (*Ciudad*) (*Estado*) (*Código postal*)

I authorize the following health care provider/ Doy mi autorización para que el siguiente proveedor de atención médica:

(MD, DO, NP, PA)

(Street Number, Post Office, Route Number) (City) (State) (Zip Code)
(*Dirección, apartado postal, número de ruta*) (*Ciudad*) (*Estado*) (*Código postal*)

to release the following specific medical information to the Texas WIC Program Local Agency/ divulgue en específico la siguiente información médica a la agencia local del Programa WIC de Texas

(Name of Local WIC Agency/ *Nombre de la agencia local de WIC*)

(Street Number Post Office, Route Number) (City) (State) (Zip Code)
(*Dirección, apartado postal, número de ruta*) (*Ciudad*) (*Estado*) (*Código postal*)

Phone Number/*Número de teléfono*: _____ FAX: _____

The information released will be used for and is required in the approval process to determine issuance of medically prescribed formula to the above named client.

La información divulgada es necesaria y se usará y se exigirá durante el proceso de aprobación para determinar la concesión de la fórmula recetada por el médico a la cliente antes mencionada.

Date of Birth _____ Birth Weight _____ Weeks Gestation _____
(*Fecha de nacimiento*) (*Peso al nacer*) (*Semanas de gestación*)

Weight _____ Length _____ Date of Measurements _____
(*Peso*) (*Estatura*) (*Fecha de las medidas*)

Medical/Suspected Diagnosis/ *Diagnóstico médico o el sospechado*

Formulas previously tried and reactions / *Fórmulas previamente probadas y las reacciones*

This form was read by me was read to me and I understand its meaning.
(*Yo leí este formulario Alguien me lo leyó y yo entiendo y acepto lo que dice.*)

(Signature of participant/parent/guardian/caregiver/ *Firma del participante/padres/tutor/persona que los cuida*) Date/*Fecha* _____

(Print the Name of Above Person Authorized to Consent to Release of Information) (Relationship to Client)
(*Escriba con letra de molde el nombre de la persona autorizada para dar el consentimiento a la divulgación de la información*) (*Parentesco con la cliente*)