

**Autorización para la Diseminación de Información** Household ID/ID del hogar \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

El abajo firmante autoriza a WIC, un servicio del Departamento de Salud del Condado de St. Paul-Ramsey, 90 Plato Blvd W., Ste 200, St Paul, MN, para liberar e intercambiar información que he proporcionado al programa de WIC, mediciones y evaluaciones realizadas por el programa de WIC, fechas y horarios de citas, y si participo en el programa de WIC con:

\_\_\_\_ Mis proveedores médicos      \_\_\_\_ Minnesota Food Helpline      \_\_\_\_ El distrito escolar de mi hijo(a)  
\_\_\_\_ My Team 1, LLC dba One Call Now      \_\_\_\_ Child and Teen Checkups (CTC)  
\_\_\_\_ City of Saint Paul-Office of Financial Empowerment, College Bound      \_\_\_\_ Enfermeras de salud familiar

**Cómo se usará esta información:**

- Mis proveedores médicos usarán la información para proveer cuidado médico a los miembros de mi familia en WIC.
- My Team 1 usará la información para contactarme sobre las citas de WIC o proporcionar otra información de WIC por mensaje de texto, llamada telefónica, o correo electrónico. Entiendo que, dependiendo de mi plan telefónico, es posible que haya cargos por los cuales seré responsable.
- El distrito escolar de mi hijo(a) usará la información para contactarme por llamada telefónica, mensaje de texto, correo, y/o correo electrónico sobre servicios gratuitos para mi hijo(a), incluyendo sobre una Evaluación de la Niñez Temprana. Entiendo que, dependiendo de mi plan telefónico, es posible que haya cargos por los cuales seré responsable.
- Chequeos Médicos para Niños y Adolescentes (CTC, por sus siglas en inglés) y Las Enfermeras de Salud Familiar usarán la información para brindar servicios si soy elegible y deseo participar.
- College Bound usará mi información para contactarme por teléfono, texto, correo y/o correo electrónico sobre inscribir a mi hijo/a en el programa de College Bound de la Ciudad de San Pablo. Entiendo que dependiendo de mi plan telefónico, puede haber cargos de los que seré responsable.
- Su firma aprueba a la Minnesota Food HelpLine a contactarle para proveerle información acerca de recursos de nutrición en su zona.

**Cómo mi privacidad será protegida:** La información que el programa WIC tiene sobre mí es privada y está protegida conforme a las leyes de privacidad federales y estatales. WIC no revelará información de identificación personal a cualquier persona no autorizada sin mi permiso. Las regulaciones del programa de WIC requieren mi consentimiento para liberar datos a terceras partes no listados aquí. Esta información estará protegida por el Acta del Gobierno de Minnesota sobre la Práctica de Datos. En virtud de esa Acta, la información de salud acerca de mí es privada. El personal de los programas de salud pública tendrá acceso a la información en la medida necesaria para realizar sus trabajos. Los proveedores médicos deben proteger la confidencialidad de mi información de salud bajo las leyes federales y estatales de privacidad de datos.

**Tengo que firmar:** entiendo que no tengo que aceptar el intercambio de información descrita en este documento. Negarme a firmar no afectará mi elegibilidad o participación en el programa WIC o cualquier otro programa de salud pública y no causará ninguna sanción o pérdida de beneficios a los que soy elegible de otra manera.

**Cancelando mi permiso:** puedo cancelar mi permiso en cualquier momento, pero no tiene carácter retroactivo a la liberación de información hecha de buena fe. Para cancelar mi permiso, debo enviar una carta al programa de WIC solicitando que se cancele mi permiso. Debo incluir en mi carta los nombres y fechas de nacimiento de los miembros de mi familia en WIC y mi firma.

Esta autorización caduca 5 años desde la fecha de mi firma, a menos que sea revocada en una fecha anterior por mí. Descargo a las facilidades mencionadas anteriormente, sus empleados, funcionarios, o proveedores de servicios de toda responsabilidad legal debido a la revelación de la información anteriormente mencionada en las medidas indicadas y autorizadas.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma electronica del participante o padre/guardián



**Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades**

<https://Ramseycounty.us/sendtowic>

**WIC**  
90 Plato Blvd. West, Suite 200  
Saint Paul, MN 55107  
651-266-1300  
Fax: 651-266-1301  
[www.ramseycounty.us](http://www.ramseycounty.us)

## **Cómo enviar su formulario y pruebas a WIC ENVIE ESTE ARCHIVO:**

1. Firme y feche el formulario.
2. Tome una fotografía del formulario y de las pruebas que sean necesarias.
3. Visite este sitio web o escanee el código QR a continuación

<https://Ramseycounty.us/sendtowic>



4. Una vez que se abra el sitio web Enviar este archivo; Complete las casillas con el correo electrónico de WIC [WIC@co.ramsey.mn.us](mailto:WIC@co.ramsey.mn.us) y su número de identificación en el reverso de su tarjeta eWIC.
5. Luego haga clic en adjuntar archivo y elija las imágenes del formulario y de las pruebas que sean necesarias.
6. Escriba el código de acceso **ApplyForWIC** y haga clic en enviar.