

MDHHS-5913, AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL WIC

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS)
Programa WIC
(Revisado 12-24)

Esta autorización debe ser revisada en cada cita de certificación para los clientes mencionados a continuación y debe actualizarse si hay cambios. Este formulario es necesario para fines de las políticas del WIC independientemente de las normas de cuidado continuo del HIPAA.

SECCIÓN 1

Nombre de la persona autorizada	ID familiar	Fecha de nacimiento de la persona autorizada		
Dirección de la persona autorizada		Ciudad	Estado	Código postal

SECCIÓN 2

Yo (persona autorizada/participante), _____ autorizo a WIC de Michigan para divulgar información de mi hogar incluida en el registro de clientes del WIC (datos antropométricos, recomendaciones de dieta, información de lactancia, etc.):

Nombre del cliente	Consultorio	Numero de teléfono del consultorio

La autorización para divulgar cualquiera de la siguiente información debe contener la inicial y la fecha en la sección correspondiente a continuación.

Para los siguientes clientes el WIC de Michigan tiene permiso para compartir el estatus sobre enfermedades contagiosas (incluyendo el VIH), el historial de tratamiento por consumo de alcohol o drogas, y/o el historial de tratamiento de salud mental. Comprendo que la información solo se compartirá si sus nombres se incluyen a continuación:

Nombre del cliente	Iniciales	Fecha

SECCIÓN 3

Yo (persona autorizada/participante, _____), autorizo a WIC de Michigan a divulgar información.

Describe la información que se divulgará

Para (especificar)

Comprendo que tengo derecho a rechazar la divulgación de tal información sin sufrir consecuencias con los beneficios del WIC de mi hogar, excepto en circunstancias particulares.

Comprendo que una vez que la información de salud de mi hogar se divulgue según esta autorización, existe la posibilidad de que la persona que recibe mi información la vuelva a divulgar.

Persona autorizada/participante

Fecha

Utilice esta casilla para marcar si la persona autorizada/participante le concedió permiso oral al personal de WIC para completar/actualizar este formulario en su nombre.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA a través del (202) 720-2600 (voz y TTY) o ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992 o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser presentados al USDA mediante:

1. Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: Program.Intake@usda.gov

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

El Departamento de Salud y Servicios Humanos (MDHHS, por sus siglas en inglés) no discrimina a ninguna persona ni grupo con motivos de raza, nacionalidad, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, estado familiar, consideraciones partidarias ni información genética. La discriminación según el sexo incluye, entre otras cosas, la discriminación por orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales y embarazo.