

Nombre del participante:

Dirección del participante:

Fecha de nacimiento del participante (mm/dd/aa):

Nombre de la entidad receptora: Programa WIC de West Virginia
Oficina de Servicios de Nutrición

Departamento de Salud y Servicios Humanos de West Virginia

Dirección de la entidad receptora: 350 Capitol Street, Room 519, Charleston WV 25301

Teléfono de la entidad receptora (304) 558-0030 Fax (304) 558-1541 Correo electrónico: wvdhhrwic@wv.gov

Yo ("el Participante") **NO** autorizo a los proveedores de salud que cuidan de mí a divulgar toda la información de salud de mis registros médicos a la entidad nombrada anteriormente ("Entidad Receptora") con el propósito de determinar la elegibilidad y la recertificación de WIC. Esta declinación para la divulgación de información de salud ("Declinación") permanecerá vigente a partir de la fecha de la firma y mientras la persona mantenga una relación con WIC o hasta que se otorgue una autorización.

Comprendo lo siguiente:

1. Puedo revocar esta declinación en cualquier momento al completar la Autorización para la divulgación de información de salud "Autorización";
2. Mi declinación no afectará ninguno de mis servicios o beneficios de WIC;
3. Mis proveedores de atención médica no condicionarán el tratamiento, el pago, la inscripción o la elegibilidad para recibir beneficios con base en la firma de esta Declinación;
4. Esta declinación no me excluye de la WVHIN; y
5. Tengo derecho a recibir una copia de esta declinación; y
6. La Entidad Receptora **NO** accederá a los historiales médicos electrónicos a través de la red de información de salud de West Virginia.

Nombre en letra de imprenta del Participante:

Firma del Participante: _____ Fecha:

Si el Participante no puede dar su consentimiento

Nombre en letra de imprenta del representante del Participante

Firma del representante del Participante: _____

Relación con el Participante:

Fecha: