



**WIC - FORMULARIO PARA REFERENCIAS O REMISIONES**

Clínica que Refiere: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Nombre de la Clínica: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Nombre del Médico: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Núm. Teléfono: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_ Núm. Teléfono: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

**Información Sobre la Salud  
No debe exceder 2 meses (60 Días)**

Este paciente es (marque uno:  Infante  Niño  Mujer No-Embarazada  Mujer Embarazada

**Infantes o Niños**

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Hemoglobina (más de 6 meses de edad): \_\_\_\_\_  
 Hematocrito (más de 6 meses de edad): \_\_\_\_\_ Plomo en la sangre (más de 6 meses de edad): \_\_\_\_\_  
 Circunferencia de la cabeza (sólo infantes): \_\_\_\_\_  
 Comentarios del Médico / Otros Asuntos Médicos Sobre Nutrición: \_\_\_\_\_

**Mujer**

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Hemoglobina: \_\_\_\_\_  
 Hematocrito: \_\_\_\_\_ Presión Arterial: \_\_\_\_\_  
 Comentarios del Médico / Otros Asuntos Médicos Sobre Nutrición: \_\_\_\_\_

**Mujer Embarazada**

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso antes de Embarazo : \_\_\_\_\_ Fecha del Parto: \_\_\_\_\_  
 Número de Visitas Prenatales: \_\_\_\_\_ Trimestre que Comenzó el Cuidado: \_\_\_\_\_  
 Comentarios del Médico / Otros Asuntos Médicos Sobre Nutrición: \_\_\_\_\_

Firma del Médico: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete [el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.