|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-01367S (11/2023) | | | | | | | | **STATE OF WISCONSIN** | | | | | | | | | |
| **COMUNICACIÓN O REFERENCIA DEL WIC DE WISCONSIN AL CENTRO DE RECURSOS PARA NIÑOS Y JÓVENES CON NECESIDADES ESPECIALES DE ATENCIÓN MÉDICA**  **WISCONSIN WIC REFERRAL / COMMUNICATION TO CHILDREN’S RESOURCE CENTER FOR CHILDREN AND YOUTH**  **WITH SPECIAL HEALTH CARE NEEDS** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Children’s Resource Center - North  fax: 715-261-1901 | | | | | Personal de WIC: | | | | | |  | | | | | | |
| Children’s Resource Center - Northeast  fax: 920-967-1001 | | | | | Proyecto de WIC: | | | | | |  | | | | | | |
| Children’s Resource Center - Southeast  fax: 414-266-2225 | | | | | Teléfono: | | | | | |  | | | | | | |
| Children’s Resource Center - South  fax: 608-729-4133 | | | | | Fax: | | | | | |  | | | | | | |
| Children’s Resource Center - West  fax: 715-726-7910 | | | | | Correo electrónico: | | | | | |  | | | | | | |
| **NIÑO: InformaCIÓn DemogrÁFICA** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del bebé o niño | | | | | | Fecha de nacimiento | | | | | | Raza | | ¿Es latino?  Sí  No | | | Sexo  M  F |
| Nombre del padre o tutor | | | | | | | | | | | | | | Número de teléfono de casa | | | |
| Dirección postal | | | | | | | | | | | | | | Teléfono del trabajo | | | |
| Ciudad | | Estado | Código postal | | | | | | | Condado | | | Dirección de correo electrónico | | | | |
| Diagnostico o necesidad especial del niño, si se conoce: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Necesidad especial del padre si se conoce (es decir, padre adolescente, discapacitado, que necesita ayuda con el idioma, sin hogar: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Es necesario un intérprete, idioma: | | | | Proveedor de atención médica principal: | | | | | | | | | | | | | |
| Cobertura de atención médica: | Medicaid o BadgerCare Plus  Seguro médico de un empleador, agente o compañía de seguro  Servicios médicos: indio, emigrante o estudiante, FQHC | | | | | | | | | | | | | | | Otro seguro  Sin seguro  Desconocido | |
| **Preocupación o motivo de los padres para la referencia:** | | | | | | |  | | **Otras preocupaciones que tenga el padre o CRC que lo refirió:** | | | | | | | | |
| Beneficios médicos  Conexión al Programa Birth to 3 o Educación de la Primera Infancia (Early Childhood Education)  Servicios relacionados con la educación  Transporte, comidas, alojamiento para atención médica  Coordinación de la atención médica  Alimentos o formulas especiales más allá de lo que ofrece el WIC  Apoyo de padre a padre  Cuidado de relevo  Equipo especial:  Información:  Otro: | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | |
| **Respuesta del centro de recursos a la referencia:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Se contactó a la familia y se brindaron los servicios  Se contactó a la familia y rechazaron los servicios  No se pudo contactar a la familia  Otros comentarios (no se puede incluir información médica): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * Al firmar este formulario, doy mi permiso para que el WIC comparta la información anterior con el Centro de Recursos indicado para la referencia de servicios. * Sé que puedo cancelar esta autorización en cualquier momento por escrito. * Esta autorización solo es válida durante el período de certificación del programa WIC actual. * Si no firmo este formulario, eso no va a poner en riesgo mi elegibilidad ni mis beneficios de WIC. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **FIRMA:** Persona legalmente autorizada para dar consentimiento por este niño | | | | | | | | | | | | | | | Fecha de la firma | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Nombre en letra de molde** | | | | | | | | **Relación** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| F-01367S (11/2023) | Página 2 de 2 |
| **Centros de recursos para niños y condados atendidos por cada centro:**  Children’s Resource Center - [North](http://www.northernregionalcenter.org)  Fax: 715-261-1901 Teléfono: 866-640-4106  [www.crcnorth.org](http://www.crcnorth.org) Correo electrónico: crcnorth@co.marathon.wi.us  Children’s Resource Center - [Northeast](http://www.northeastregionalcenter.org/)  Fax: 920-967-1001 Teléfono: 877-568-5205  [www.northeastregionalcenter.org](http://www.northeastregionalcenter.org) Correo electrónico: crcnortheast@childrenswi.org  Children’s Resource Center – South  Fax: 608-729--4133 Teléfono: 800-532-3321  [www.crcsouth.waisman.wisc.edu](http://www.crcsouth.waisman.wisc.edu) Correo electrónico: crcsouth@waisman.wisc.edu  Children’s Resource Center – Southeast  Fax: 414-266-2225 Teléfono: 800-234-5437  [www.southeastregionalcenter.org](http://www.southeastregionalcenter.org) Correo electrónico: crcsoutheast@childrenswi.org  Children’s Resource Center – Western  Fax: 715-726-7910 Teléfono: 800-400-3678  [www.co.chippewa.wi.us/crcwest](http://www.co.chippewa.wi.us/crcwest) Correo electrónico: crcwest@co.chippewa.wi.us | |

