



Iowa WIC Program
Authorization for Release of
Information

X/X/XXXX

TO: _____

Local Agency Name:

Address:

Phone:

Regarding: _____

Date of Birth: _____

Parent/Guardian Name: _____

Information requested: _____

Please send your response to the WIC agency at the address listed above. Authorization for Release of Information / Autorización para La Divulgación de Información

I give permission to the WIC Program to release confidential information from my WIC record. I also give permission to the person or agency named above to share the requested information. I understand that the WIC Program will use this information to provide nutrition services to my family.

Doy el permiso al programa de WIC a la información confidencial del lanzamiento de mi expediente de WIC. También doy el permiso a la persona o a la agencia nombrada arriba compartir la información solicitada. Entiendo que el programa de WIC utilizará esta información para proporcionar servicios de la nutrición a mi familia.

Signature of participant/parent/guardian Staff signature Date
Firma de la participante/padre/tutor Firma del Personal de WIC Fecha



**Iowa WIC Program
Authorization for Release of
Information**

Authorization for Release of Information Protected by State or Federal Law Autorización para la Divulgación de Información Protegida por la ley Estatal o Federal

I specifically give permission to release information relating to: Yo específicamente doy permiso a divulgar información relacionada con:

- Substance abuse (alcohol/drug abuse) / Abuso de las sustancias (alcohol/drogadicción)
- HIV-related information (AIDS-related testing) / Información relacionada con la VIH (análisis relacionados con la SIDA)
- Mental health (including psychological testing) / Salud mental (incluyendo exámenes psicológicos)

_____ Signature of participant/parent/guardian Firma de la participante/padre/tutor	_____ Staff signature Firma del Personal de WIC	_____ Date Fecha
---	---	------------------------