



Mujeres, bebés y niños (WIC)

Documentación médica



Los reglamentos federales exigen que se llene este formulario para asegurar que el paciente bajo su cuidado tiene una afección/un diagnóstico médico que requiere el uso de fórmula médica, alimento médico o cambios en su paquete de alimentos suplementarios. Este formulario reemplaza las recetas de los proveedores de atención de la salud.

Por favor llene el formulario y envíelo por fax a la clínica WIC o pídale a su paciente que lo presente en la clínica WIC.

WIC Clinic:
Phone #:
Fax #:
Contact Name:

A. Información del paciente *(Llenar todo)*

Nombre del paciente (Apellido, 1 ^{er} nombre, 2 ^{do} nombre):	Fecha de nacimiento:
Nombre del padre/tutor (Apellido, 1 ^{er} nombre, 2 ^{do} nombre):	
Diagnóstico médico/condición justificatoria: (Justifica la necesidad médica - Incluir el código ICD-9 si está disponible)	
Documentación médica válida por: <input type="checkbox"/> 3 meses <input type="checkbox"/> 6 meses <input type="checkbox"/> 12 meses <input type="checkbox"/> Otro: _____ (que no exceda los 12 meses)	

B. Fórmula/alimento médico/bebida de soja y alimentos suplementarios de WIC *(Llenar todo lo que corresponda)*

Nombre de la fórmula médica/alimento médico: <i>(Para bebida de soja, llenar sólo la parte inferior de la Sección B)</i>
Cantidad recetada: <input type="checkbox"/> _____ por día <i>O</i> <input type="checkbox"/> máximo permitido <i>(cantidades máximas al dorso)</i>

Los alimentos suplementarios se darán a los pacientes mayores de seis meses a menos que estén contraindicados. (Los alimentos que se suministrarán se indican al dorso.) Después de revisar los paquetes de alimentos, marque el suministro apropiado para su paciente:

- Todos:** Proporcionar el paquete completo de alimentos.
- Ninguno:** No proporcionar alimentos suplementarios en este momento; suministrar sólo fórmula médica/alimento médico.
- Modificados:** Los siguientes alimentos del paquete de alimentos de WIC del paciente deben ser omitidos/modificados.

MODIFICAR	Categoría del participante de WIC	Alimentos suplementarios de WIC para omitir/modificar		Instrucciones especiales / Otras modificaciones
	Bebés (7 a 12 meses)	<input type="checkbox"/> Cereal para bebé	<input type="checkbox"/> Frutas/verduras para bebés	
Niños (13 a 60 meses) y mujeres	<input type="checkbox"/> Leche	<input type="checkbox"/> Queso		
	<input type="checkbox"/> Huevos	<input type="checkbox"/> Mantequilla de cacahuete		

Proveer leche entera: WIC proporciona leche de bajo contenido de grasa para niños ≥ 2 años y para mujeres. Sólo los pacientes que reciben fórmula/alimentos médicos y requieren más calorías pueden recibir leche entera.

Proveer bebida de soja aprobada por WIC como sustituto de la leche para los niños (13 a 60 meses) con un diagnóstico específico que lo justifique. (Condiciones justificatorias aprobadas: alergia a la leche, intolerancia grave a la lactosa o dieta vegetariana estricta. La preferencia personal no es una condición justificatoria.)

C. Información del proveedor de atención de la salud *(Llenar todo)*

Firma del proveedor de atención de la salud:		
Nombre del proveedor (en imprenta): <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> NP <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> ND		
Consultorio/clínica médica:		
Nº de teléfono:	Nº de fax:	Fecha:

WIC USE ONLY	Approved by:	Date:	WIC ID:
--------------	--------------	-------	---------

<http://www.oregon.gov/DHS/ph/wic/index.shtml>

Para preguntas sobre este formulario, comuníquese con la oficina de WIC del estado de Oregon al teléfono 971-673-0040

57-636-SPN (04/2009)