



EL PROGRAMA DE SPCC WIC



Canandaigua Office
79 S. Main Street
Canandaigua, NY 14424
Ph: 585.394.9240
Fax: 585.394.9285
Text: 585.481.8488

Newark Office
513 W. Union Street
Newark, NY 14513
Ph: 585.394.9240
Fax: 315.573.7158
Text: 585.481.8488

Visit WICstrong.com

Por Favor llamar a nuestra oficina después del nacimiento de su bebé

Su bebé será añadido a su caso y se le dará una cita. Su bebé deberá ser inscrito para que pueda recibir cheques de WIC.

Por favor de traer lo siguiente a la cita:

1. El infante (si el infante no puede asistir a la cita por razones médicas llame a la oficina)
2. Prueba de ingreso/Sueldos de todos los miembros de la familia
 - Documentación aceptable para la prueba de ingreso, tiene que ser dentro de los 30 días antes de su cita programada.

<u>Periodo de los talonarios de cheques</u>	<u># de talonarios requeridos</u>
Semanal	4
Cada 2-semanas	2
Quincenal	2
Mensual	1

3. Prueba de residencia/domicilio
4. Prueba de identidad para la madre y el infante
5. Formulario completado de WIC (atrás de esta hoja) y/o documentos de alta del Hospital para mamá y bebé y/o otra prueba de parto
6. Copias de las vacunas del bebé (si lo tiene disponible)

Vea la lista que se encuentra en el dorso del papel para los documentos de identidad, ingreso y residencia/domicilio.

Un individuo es automáticamente elegible para los servicios del WIC, si tiene: Medicaid o si algún miembro del hogar recibe SNAP- Estampillas de alimentos, TANF- Asistencia Pública. Prueba de participación en los programas antes mencionados, tienen que ser presentados en la cita de certificación.

Si tiene alguna pregunta de lo que tienen que traer para su cita, por favor llama a (585) 394-9240 la oficina de WIC y/o nos puede mandar un mensaje a (585) 481-8488

Autorización para divulgar información

Autorizo a que se provea la información de mi parto, que se encuentra en la parte inferior de este papel. Al siguiente Programa de WIC del Estado de Nueva York (_____) y autorizo al Programa WIC, para que este pueda proveer información sobre mí persona a mi proveedor médico, con el propósito de coordinar cualquier atención de salud/ médica que sea necesaria. Si me fuese a transferir a otro programa de WIC, autorizo la divulgación de esta información al programa WIC que me fuese transferir. Toda la información es considerada confidencial.

Firma del participante del WIC

Fecha

WIC Delivery Information

(To be completed by MD, PA, RN or RD only)

<u>Mother</u>	<u>Baby</u>
Mother's Name: _____	Date of Birth: ____/____/____ MALE or FEMALE
Weeks Gestation: _____ Gravida ____ Para ____	Baby's FULL Name: _____
Total Pregnancy Weight Gained _____ pounds	Birth Weight: ____lb ____oz Birth Length: _____
Post Delivery Weight _____ Date taken: ____/____/____	Discharge Weight: ____lb ____oz Date: ____/____/____
Hgb. ____ and/or Hct. ____ Date taken: ____/____/____	Hep B Vaccine Given? Y or N Date: ____/____/____
Pregnancy / Labor & Delivery Complications	Birth Defects or Medical Conditions
<input type="checkbox"/> Gestational Diabetes <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Premature Delivery <input type="checkbox"/> Toxemia <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Medical Condition: _____ <input type="checkbox"/> Genetic/Congenital Disorder: _____ <input type="checkbox"/> Cardiac: _____ <input type="checkbox"/> Hypoglycemia <input type="checkbox"/> Other: _____

Mother / Infant Feeding
 Was **Breastfeeding Initiated** at birth? Yes No

Discharge Feeding Method:
 Breastfeeding Fully Breastfeeding with Formula Supplement _____
 Formula Feeding with → Contract Formula (Enfamil, Similac Soy Isomil , Gentlease, or Enfamil AR) OR
 Other NYS WIC approved formula (*DOCUMENTATION REQUIRED – DOH -4456*)

Breastfeeding Problems or Concerns Noted: (*Please call the local WIC office ASAP so that we can support a successful breastfeeding experience!*)

Hospital Name:	Infant's Healthcare Provider Name (print):
Signature of MD, PA, RN or RD completing this form:	Date:

Send Completed Form To:

SPCC-WIC

PH: 585-394-9240 TEXT: 585-481-8488 FAX: 585-394-9285

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

