



FORMULARIO DE REFERENCIA MÉDICA WIC DE ILLINOIS

Este formulario se puede utilizar para proporcionar datos médicos al Programa WIC. Los datos médicos también pueden proporcionarse en un formulario medico firmado por el proveedor, con un registro medico oficial.

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| Nombre del participante: | | Fecha de Nacimiento: |
| Medidas Actuales (deben estar dentro de los últimos 60 días) | | |
| Altura/Largo: (pulgadas) | Peso: (lbs./oz) | |
| Fecha de Medida: | Fecha de Medida: | |
| Nivel de Hemoglobina o Hematocrito: | Nivel de plomo en sangre: | |
| Fecha de laboratorio: | Fecha de laboratorio: | |
| Datos del Nacimiento (completar solo si es menor de 2 años) | | |
| Largo al nacer: (pulgadas) | Peso de nacimiento: (lbs./oz) | Semanas completas de gestación: |
| Datos Prenatales (completar solo si está embarazada) | | |
| Fecha prevista de parto: | Cuando comenzó el cuidado prenatal mensual: | |
| Número actual de visitas prenatales: | Peso previo al embarazo: | |
| Comentarios Adicionales | | |
| | | |
| Información del proveedor medico | | |
| Firma del proveedor de atención medica: | | Fecha: |
| Nombre impreso del proveedor de atención medica: | | |
| Nombre de la oficina medica/clínica: | | |
| Dirección: | | |
| Teléfono: | | |
| Por favor, envíe un fax, correo electrónico o haga que el cliente devuelva este formulario a: | | |
| | | |

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.