

Programa WIC de Connecticut
Consentimiento para Acceso de Información de Participantes de WIC a la
Programa de Protección de Alimentos del Estado de CT
Departamento de Protección al Consumidor de CT
Departamento de Administración de Alimentos y Drogas de EU (FDA)

Yo _____ como participante/madre/padre o guardián legal de un participante del Program WIC, doy mi consentimiento al Program WIC para proporcionar información sobre mi nombre, número de teléfono, y dirección a el **Programa de Protección de Alimentos del Estado de Connecticut** (State of Connecticut Food Protection Program), a la **Departamento de Protección al Consumidor del Estado de Connecticut** (State of Connecticut Department of Consumer Protection), al **Departamento de Administración de Alimentos y Drogas de los Estados Unidos** (United States Food and Drug Administration) para facilitar los resultados de cualquier análisis de fórmula infantil.

Firma del/de la participante/madre/padre/guardián legal de un participante del Program WIC

Fecha _____

Testigo

Fecha