

# Stanislaus County HSA WIC

## Referral Form

### Formulario de Referencia



Please provide the following information to assist the patient with WIC services:

*Por favor, proporcione la siguiente información para ayudar al paciente con los servicios de WIC:*

Mother's Name:

*Nobre de Mama:*

Newborn's Name:

*Nombre del bebé:*

Date of Delivery:

*Fecha de nacimiento:*

Sex of Newborn:

*Sexo del bebé:*

 Male  
*Niño* Female  
*Niña*

Newborn's Weight:

*Peso del bebé:*

Newborn's Length:

*Medida del bebé:*

Date of Hemoglobin:

*Fecha del exame:*

Results of Mother's Hemoglobin:

*Resultados de la hemoglobina de la madre:*

Breastfeeding:

*Lactancia materna:*

Fully

*Exclusivamente*

Some

*Parcialmente*

None

*Ninguno*

**Please have this form available for your WIC enrollment appointment.**

***Por favor tenga esta forma disponible para su cita para inscribirse en WIC.***

**Scan the QR code to apply!**  
***¡Escanee el código para aplicar!***



For more information, call (209) 558-7377 or text 888-413-8165.

**For WIC Breastfeeding Support call (209) 525-4838.**

*Para más información, llame al (209) 558-7377 o texto 888-413-8165.*

***Para apoyo de lactancia materna de WIC llame al (209) 525-4838.***