

Formulir ini digunakan untuk merujuk pasien ke Program WIC dan untuk mengkomunikasikan perubahan informasi kesehatan pasien rawat inap. Informasi yang diberikan dalam formulir ini akan digunakan oleh ahli gizi WIC untuk menentukan pelayanan gizi dan memberikan konseling gizi.

Formulir terpisah diperlukan untuk setiap pasien. Bagian B, C dan D harus diselesaikan oleh penyedia layanan kesehatan. Lihat bagian belakang untuk petunjuk tambahan.

PENGUNAAN KANTOR WIC

ID WIC

WICLOCALAGENCYSTAMP

### A. Informasi Pasien

Nama Pasien \_\_\_\_\_ Tanggal Lahir \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Jenis  
Kelamin \_\_\_\_\_ Alamat Jalan \_\_\_\_\_ Apt.  
No. \_\_\_\_\_ Kota \_\_\_\_\_ Negara \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Telepon ( \_\_\_\_\_ )  
Bahasa Pilihan \_\_\_\_\_ Nama Orang Tua/Wali \_\_\_\_\_

### B. Informasi Medis Pasien Penyedia Layanan Kesehatan: Silakan lengkapi bagian yang sesuai untuk pasien yang disebutkan di atas.

#### ☐ WANITA

Tinggi Saat Ini \_\_\_\_ dalam Berat Saat  
Ini \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HGB \_\_\_\_ g/dL atau HCT \_\_\_\_ %  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Jumlah Kehamilan Sebelumnya \_\_\_\_ Jumlah  
Persalinan Sebelumnya \_\_\_\_ Tanggal Perawatan  
Prenatal Dimulai \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### ☐ Jika Hamil:

Perkiraan Tanggal Persalinan \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Jumlah Janin \_\_\_\_  
Pra-kehamilan Berat badan \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz

#### ☐ Jika Pascapersalinan:

Pengiriman/Tanggal Penghentian \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Total  
Pertambahan Berat Badan Kehamilan \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz

#### ☐ BAYI ATAU ANAK SAMPAI 24 BULAN

Panjang Lahir \_\_\_\_ masuk atau \_\_\_\_ cm  
Berat Lahir \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz atau \_\_\_\_ kg  
Minggu Kehamilan \_\_\_\_

Panjang Saat Ini \_\_\_\_ inci atau \_\_\_\_ cm  
☐ Berdiri Telentang (<2 Tahun)  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Berat Saat Ini \_\_\_\_ lbs \_\_\_\_ oz atau \_\_\_\_ kg  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HGB \_\_\_\_ g/dL atau HCT \_\_\_\_ %  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbal Vena \_\_\_\_ mikrog/dL  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Tidak tersedia

Imunisasi Terkini?

☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak Tersedia

#### ☐ ANAK 2 SAMPAI 5 TAHUN

Tinggi/Panjang \_\_\_\_ inci atau \_\_\_\_ cm  
☐ Berdiri Telentang (Jika Tidak Dapat Berdiri)  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Berat \_\_\_\_ pon \_\_\_\_ oz atau \_\_\_\_ kg  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

HGB \_\_\_\_ g/dL atau HCT \_\_\_\_ %  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Timbal Vena \_\_\_\_ mikrog/dL  
Tanggal Diambil \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

☐ Tidak tersedia

Imunisasi Terkini?

☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak Tersedia

### C. Diagnosis Medis Khusus atau Masalah Gizi/Kesehatan

\_\_\_\_\_

### D. Informasi Penyedia Layanan Kesehatan

Nama Penyedia (Cetak) \_\_\_\_\_ Tanda Tangan  
Penyedia \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Alamat Jalan  
\_\_\_\_\_  
Kota \_\_\_\_\_  
Negara \_\_\_\_\_ ZIP \_\_\_\_\_ Telepon ( \_\_\_\_\_ ) Faks ( \_\_\_\_\_ )

STAMP KANTOR

### E. Pelepasan Informasi

Saya memberi wewenang kepada \_\_\_\_\_ (Penyedia Layanan Kesehatan) untuk mengeluarkan informasi di atas kepada Program WIC, dan saya memberi wewenang kepada Program WIC untuk mengeluarkan informasi tentang anak saya atau anak saya kepada penyedia layanan kesehatan ini untuk keperluan koordinasi layanan kesehatan anak saya. Jika anak saya atau saya perlu mentransfer ke Program WIC lain, saya mengizinkan pelepasan informasi ini ke Program WIC yang mentransfer. Semua informasi dianggap rahasia.

Tanda Tangan Pasien/Orang Tua/Wali \_\_\_\_\_ Tanggal \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Petunjuk Penyedia Layanan Kesehatan untuk Mengisi Formulir Rujukan Medis WIC

Bagian B, C dan D harus diselesaikan oleh penyedia layanan kesehatan. Harap dicatat bahwa formulir terpisah diperlukan untuk setiap pasien.

**A. Informasi Pasien:**Bagian ini dapat diisi oleh penyedia layanan kesehatan, pasien/orang tua/wali, atau staf lembaga lokal WIC. Informasi di bagian ini hanya berkaitan dengan nama pasien di bagian atas formulir.

**B. Informasi Medis Pasien:**Lengkapi bagian yang sesuai untuk nama pasien pada formulir.

Pengukuran tinggi dan berat badan saat ini harus dilakukan kurang dari 60 hari sebelum janji WIC pasien.

**Wanita:**Untuk semua pasien wanita lengkapi tinggi dan berat badan saat ini serta tanggal pengambilan; nilai hemoglobin atau hematokrit dan tanggal pengambilan sampel; jumlah kehamilan sebelumnya; jumlah pengiriman sebelumnya; dan tanggal perawatan prenatal dimulai.

**Wanita hamil:**Memenuhi syarat untuk WIC selama masa kehamilannya dan hingga 6 minggu pascapersalinan. Pemeriksaan darah hemoglobin atau hematokrit harus dilakukan selama kehamilan saat ini. Lengkapi perkiraan tanggal melahirkan, jumlah janin, dan berat badan sebelum hamil.

**Wanita Pascapersalinan/Menyusui:**Wanita pascapersalinan yang tidak menyusui memenuhi syarat untuk WIC hingga 6 bulan setelah melahirkan/terminasi. Wanita menyusui berhak mendapatkan hak hingga satu tahun setelah melahirkan. Pemeriksaan darah hemoglobin atau hematokrit harus dilakukan selama periode postpartum. Lengkapi tanggal persalinan/pengakhiran dan total pertambahan berat badan selama kehamilan.

**Bayi dan Anak Kurang dari 24 Bulan:**Lengkapi semua informasi yang tersedia. Nilai pemeriksaan darah ahemoglobin atau hematokrit diperlukan sejak masa bayi antara usia 6 hingga 12 bulan (sebaiknya antara usia 9 hingga 12 bulan)Dansekali antara usia 1 hingga 2 tahun (sebaiknya 6 bulan dari nilai pemeriksaan darah bayi). Jika tersedia, sertakan nilai timbal vena dan tanggal pengambilannya.

**Anak-anak Usia 2 hingga 5 Tahun:**Lengkapi semua informasi yang tersedia. Anak-anak berhak mendapatkan Piala WIC hingga ulang tahun kelima mereka. Nilai pemeriksaan darah ahemoglobin atau hematokrit diperlukan setahun sekali jika ditemukan normal. Jika nilainya berada di luar rentang normal (<11,1hemoglobin atau <33%hematokrit), nilainya harus diuji lagi dengan interval 6 bulan. Jika tersedia, sertakan nilai timbal vena dan tanggal pengambilannya.

**C. Diagnosis Medis Khusus atau Masalah Gizi/Kesehatan:**Catat diagnosis medis, riwayat, atau masalah nutrisi/kesehatan yang signifikan.

**Cantumkan konseling nutrisi spesifik apa pun yang Anda ingin pasien Anda terima di bagian ini.**Contoh lain dari informasi yang berlaku untuk bagian ini mungkin mencakup komplikasi menyusui atau alergi makanan saat ini atau yang diperkirakan. Staf WIC mungkin perlu menghubungi Anda atau staf Anda untuk mendapatkan informasi medis yang lebih rinci sebelum memberikan layanan WIC.

**D. Informasi Penyedia Layanan Kesehatan:**Penyedia dengan jelas mencetak nama mereka, menandatangani dan memberi tanggal pada formulir. Informasi selebihnya dalam bagian ini mungkin ditulis tangan, atau formulirnya mungkin dicap dengan stempel kantor.

**E. Pelepasan Informasi:**Pasien atau orang tua/wali pasien menuliskan nama penyedia layanan kesehatan pada baris setelah "Saya mengizinkan" kemudian menandatangani di akhir pernyataan, menyetujui pembagian informasi kesehatan terkait antara penyedia layanan kesehatan dan lembaga lokal WIC.

Berikan formulir yang sudah diisi kepada pasien atau orang tua/wali untuk dibawa ke Janji WIC atau kirimkan/faks formulir ke alamat lembaga WIC setempat yang tertera di sudut kanan atas formulir.

**Kami menghargai kerja sama dan kemitraan Anda dalam melayani penduduk WIC New York.**