



## Cambio de Representante Autorizado

Yo, \_\_\_\_\_ ahora estoy encargado(a) del cuidado de \_\_\_\_\_,  
Nombre del nuevo representante Autorizado Nombre del participante

fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_, debido a que: \_\_\_\_\_

El representante Autorizado anterior, \_\_\_\_\_ ya no se encarga del cuidado  
Representante autorizado anterior

de este niño. Si esta situación cambia, avisaré de inmediato a la clínica de WIC.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Personal de WIC: \_\_\_\_\_