



Número de aprobación de la OMB 0584-XXXX  
Fecha de vencimiento: XX/XX/20XX

## Appendix H.2 Post-Birth HIPAA Letter – SPANISH

[Recipient Name]  
[Street Address]  
[City, ST ZIP Code]

Estimada [Recipient Name]:

¡Felicitaciones por el nacimiento de su bebé [NAME] el [DATE]! El equipo del estudio de WIC **La alimentación de mi bebé** espera hablar con usted durante los próximos dos años para saber más acerca de sus experiencias con WIC y acerca de las decisiones que usted tome sobre cómo y con qué alimentar a su bebé. Como ya sabe, recibirá **20 dólares** por cada entrevista telefónica que complete.

Este paquete incluye lo siguiente:

- El formulario de HIPAA [If core, postnatal group] que nos autoriza a obtener, del hospital dónde usted dio a luz, el expediente del nacimiento de su bebé. También nos autoriza a obtener, del pediatra de su bebé, los datos de la talla y el peso de su bebé. **Por favor firme y devuélvanos el formulario en el sobre adjunto cuyo envío ya ha sido pagado.**
- Un calendario en la hoja amarilla que muestra períodos de cuatro semanas cuando le llamaremos para completar cada entrevista de seguimiento. También tiene un número telefónico gratis, 1-888-888-8888, que usted puede usar para llamarnos durante cada período de entrevista para completar una entrevista. Puede que sea útil para usted colocar el calendario en su refrigerador.
- Unos utensilios para medir, incluyendo tazas y cucharas medidoras, una cucharita, una cuchara y una regla, para ayudarle con las próximas entrevistas en las que se pregunta acerca del tipo y la cantidad de comida que el niño consume en un día.

Si usted tiene cualquier otra pregunta, por favor comuníquese con su contacto para este estudio, **[STUDY LIAISON NAME]**. Usted puede comunicarse con ella mandándole un e-mail al \_\_\_\_\_ y también puede llamarla o enviarle un mensaje de texto al \_\_\_\_\_.

Gracias por su continua participación en el estudio **La alimentación de mi bebé**.

Adjuntamos

1. El formulario de HIPAA (Core, Postnatal Group Only)
2. Calendario
3. Utensilios para medir
4. Un sobre cuyo envío ya ha sido pagado (Core Group Only)

De acuerdo con la Ley de reducción de papeleo de 1995 (Paperwork Reduction Act), ninguna persona está obligada a responder a una recolección de información a menos que esta exhiba un número de control válido de la OMB. El número de control válido de la OMB para esta recolección de información es el 0584-XXXX. Se calcula que el promedio de tiempo necesario para completar esta recolección de información es de 3 minutos por respuesta, incluyendo el tiempo para leer las instrucciones, buscar fuentes de información existentes, reunir la información necesaria y completar y revisar la recolección de información.

**Autorización para obtener información de registros médicos  
Estudio del programa WIC: La alimentación de mi bebé**

**Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos**

Si usted firma este documento, dará su permiso (1) al hospital o centro médico donde dio a luz a su hijo, y (2) al médico de su hijo, para distribuir a Westat información de salud que le identifica a usted para el Estudio WIC La alimentación de mi bebé. La información de salud que usaremos en el estudio La alimentación de mi bebé incluye tanto los **registros médicos suyos y los de su hijo, relacionados con la estancia en el hospital donde dio a luz a su hijo; así como información relacionada con el peso, la talla y el estado de salud de su hijo del médico de su hijo, hasta que su hijo tenga dos años de edad.**

Westat usará esta información de salud, junto con la información que usted proporciona durante sus entrevistas y la información de sus registros WIC, para saber más acerca de las decisiones que las familias en WIC hacen respecto a la salud y la alimentación.

Tanto el hospital o centro médico donde usted dio a luz, como el médico de su hijo están legalmente obligados a proteger su información de salud. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) les prohíbe la distribución de su información de salud sin su permiso. En el momento en que se distribuye la información suya a Westat, ya no estará protegida por HIPAA. Sin embargo, se aplicará a sus registros médicos las mismas protecciones de privacidad que Westat tiene con la demás información de usted. No se usará en informes sobre el estudio el nombre de usted ni el de su hijo. Además, Westat no le dará a WIC ni a nadie que no forme parte del personal del estudio información personal acerca de usted.

El hospital, centro médico o el médico de su hijo no pueden negarle tratamiento debido a su decisión de firmar o no firmar esta autorización. Usted puede cambiar su decisión y retirar esta autorización en cualquier momento llamando al estudio La alimentación de mi bebé en el XXX-XXX-XXXX o mandando una carta a la dirección [Address]. El estudio La alimentación de mi bebé no tratará de obtener más registros acerca de usted o su hijo, pero continuaría usando los registros que ya hubiesen sido distribuidos.

Cuando firme este documento, usted autorizará al hospital o centro médico donde dio a luz, y al médico de su hijo, a distribuir a Westat su información de salud para este estudio. Los registros de salud serán únicamente aquellos relacionados con el cuidado o tratamiento ofrecido durante el periodo del estudio que va desde el 1 de noviembre de 2012 hasta el 1 de abril de 2016.

*Voluntariamente doy mi permiso para que los registros médicos míos y de mi hijo, tal como se describen anteriormente, se distribuyan a Westat para el estudio La alimentación de mi bebé.*

**Nombre de la paciente (madre):** \_\_\_\_\_

Escriba su nombre completo -- nombre y apellidos

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mes      Día      Año

**Nombre del paciente (niño):** \_\_\_\_\_

Escriba el nombre completo de su hijo -- nombre y apellidos

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Mes      Día      Año

**Firma de la paciente (madre):** \_\_\_\_\_

**Fecha de la firma:** \_\_\_\_\_

**Si la madre es menor de edad, también se necesitará la firma de su padre, madre, o guardián:**

Firma del padre, la madre o guardián (de la madre): \_\_\_\_\_

Relación con la madre de quien suscribe: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

**Se necesitará la firma del padre, madre o guardián del niño:**

Firma del padre, madre o guardián (para el niño): \_\_\_\_\_

Relación con el niño de quien suscribe: \_\_\_\_\_

Fecha de la firma: \_\_\_\_\_

[Recipient Name]

Page 3

**Calendario de entrevistas de seguimiento para participantes del grupo principal  
(Con bebé nacido el 15 de marzo de 2013 e inscrito a menos de 1 mes de edad)**

Gracias por su participación en estudio de WIC La alimentación de mi bebé.

Nos pondremos en contacto con usted para hacerle unas entrevistas de seguimiento, entre las fechas indicadas abajo.

Usted recibirá \$20 por cada entrevista.

También puede llamarnos al [número para llamadas gratuitas] durante esas fechas para hacerle la entrevista.

**[DATES TO BE DETERMINED AFTER OMB APPROVAL]**

Primera entrevista de seguimiento	
Segunda entrevista de seguimiento	
Tercera entrevista de seguimiento	
Cuarta entrevista de seguimiento	
Quinta entrevista de seguimiento	
Sexta entrevista de seguimiento	
Séptima entrevista de seguimiento	
Octava entrevista de seguimiento	
Novena entrevista de seguimiento	
Última entrevista de seguimiento	

Por favor avísenos si hay algún cambio en su dirección o número de teléfono, comunicándose con su representante del estudio [NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL ESTUDIO] al [TELÉFONO Y EMAIL DEL REPRESENTANTE DEL ESTUDIO] o [teléfono para llamadas gratuitas]

[Recipient Name]

Page 4

**Calendario de entrevistas de seguimiento para participantes suplementarios  
(Con bebé nacido el 15 de marzo de 2013 e inscrito a menos de 1 mes de edad)**

Gracias por su participación en estudio de WIC La alimentación de mi bebé.

Nos pondremos en contacto con usted para hacerle unas entrevistas de seguimiento, entre las fechas indicadas abajo.

Usted recibirá \$20 por cada entrevista.

También puede llamarnos al [número para llamadas gratuitas] durante esas fechas para hacerle la entrevista.

**[DATES TO BE DETERMINED AFTER OMB APPROVAL]**

Primera entrevista de seguimiento	
Segunda entrevista de seguimiento	
Tercera entrevista de seguimiento	
Última entrevista de seguimiento	

Por favor avísenos si hay algún cambio en su dirección o número de teléfono, comunicándose con su representante del estudio [NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL ESTUDIO] al [TELÉFONO Y EMAIL DEL REPRESENTANTE DEL ESTUDIO] o [teléfono para llamadas gratuitas]

FOTOS DE LOS UTENSILIOS PARA MEDIR

