



**APPENDIX W.2**  
**AGE 3 EXTENSION WIC INFANT AND TODDLER FEEDING PRACTICES STUDY - II**  
**HIPAA LETTER/FORM - SPANISH**

DATE

NOMBRE

ADDRESS

Estimada [CAREGIVER FIRST NAME]:

Nos complace que usted y <Child's first name> sean parte del estudio de WIC **La alimentación de mi bebé**. Su participación voluntaria es importante para ayudarle al país a conocer las decisiones de las familias de WIC respecto a la alimentación de sus hijos.

Quisiéramos tener su autorización para obtener la estatura y el peso de <child's first name> del médico de su hijo.

Por favor devuelva una copia firmada del Formulario de autorización en el sobre cuyos gastos de envío ya se han pagado. Cuando recibamos su formulario, le agregaremos 20 dólares a su tarjeta Payoneer como muestra de nuestro agradecimiento. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con su contacto para este estudio, <Study Liaison Name> en el <toll free number>.

Reciba un cordial saludo,

El equipo del estudio La alimentación de mi bebé.

**Autorización para obtener estatura y peso del historial médico**  
**Estudio del programa WIC: La alimentación de mi bebé**  
**Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de Estados Unidos**

Con su firma a continuación, usted está autorizando al médico de su niño a divulgar información de salud que lo identifica al Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS, por sus siglas en inglés) y a Westat para el Estudio WIC La alimentación de mi bebé. La información de salud que usaremos para el Estudio La alimentación de mi bebé incluye **el peso y la estatura de su niño, obtenida de su médico, hasta que su niño cumpla 3 años y medio**. Usaremos 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 toman respecto a la salud y la alimentación.

La ley les requiere a los médicos de su niño proteger su información de salud. La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud de 1996 (HIPAA, por sus siglas en inglés) prohíbe la distribución de su información de salud sin su permiso. En el momento en que se divulgue su información a nosotros, ya no estará protegida por HIPAA. Sin embargo, se aplicarán a los registros médicos de su niño las mismas protecciones de privacidad que el FNS y Westat tienen con la demás información de usted. Ni su nombre ni el de su niño se usarán en los informes del estudio. Además, no le daremos su información personal a nadie en WIC o a personas que no formen parte del personal del estudio, excepto según lo requerido por la ley.

Su decisión de firmar o no firmar esta autorización no afectarán los servicios que recibe del médico de su niño. Usted puede cambiar su decisión y retirar esta autorización en cualquier momento llamando al estudio La alimentación de mi bebé al 1-888-452-2083 o enviando una carta a Westat, 1600 Research Blvd., Rockville, MD 20850, Attn: Bryan Williams, RW2653. 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.

Con su firma a continuación, usted está autorizando al médico de su hijo a divulgar la estatura y peso de su niño a Westat para este estudio de investigación. Esta autorización únicamente es válida durante el periodo del estudio, del 15 de mayo de 2013 hasta el 31 de diciembre de 2018.

*Estoy dando mi permiso de manera voluntaria para que la estatura y el peso de mi hijo, tal como se describe anteriormente, se divulguen a Westat para el estudio La alimentación de mi bebé.*

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

Escriba en letra de imprenta el nombre completo de su hijo

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
 Mes    Día    Año

**Firma del padre, madre o guardián del niño:** \_\_\_\_\_

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

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