



**APPENDIX L2**  
**48- and 60-mo HT WT measurement letter - Spanish**

DATE

[CAREGIVER NAME]

[ADDRESS]

[CITY, STATE ZIP]

Estimada [CAREGIVER NAME]:

Gracias por su participación en el estudio La alimentación de mi bebé y por aceptar darnos las mediciones del peso y la estatura de [CHILD FIRST NAME].

[IF WIC SITE] Así como lo hablamos, usted puede llevar a [CHILD FIRST NAME] a [WIC SITE NAME] en [WIC SITE ADDRESS] para que le tomen las mediciones en un plazo de un mes. [IF APPT. REQUIRED] Sírvase llamar a [WIC CLINIC NAME] al [WIC CLINIC PHONE NUMBER] para hacer una cita para las mediciones. [IF NO APPT NECESSARY]: Puede ir a WIC en cualquier momento durante el siguiente horario: [INSERT HOURS/DAYS OF WEEK HERE] para las mediciones. Únicamente se tomarán las mediciones de estatura y peso. No se hará ningún otro examen médico ni pruebas de sangre y a usted no se le exigirá que inscriba a su hijo en WIC para que le tomen las mediciones.

[IF PROVIDER] Así como lo hablamos, usted va a llevar a [CHILD FIRST NAME] a su médico o clínica para que le tomen las mediciones.

Por favor lleve la tarjeta de mediciones con usted y entréguesela a [WIC CLINIC STAFF/DOCTOR OR CLINIC]. Pídeles que anoten la información solicitada y que envíen por correo la tarjeta a Westat. Como agradecimiento, cuando recibamos la tarjeta con las mediciones, agregaremos [50/60] dólares a su tarjeta Prepagada MasterCard, más 10 dólares adicionales para cubrir los gastos de transporte.

Si tiene alguna pregunta se puede comunicar conmigo por teléfono en el [STUDY LIAISON TOLL FREE NUMBER] (línea directa y gratuita), o por mensaje de texto en el ([STUDY LIAISON TEXT NUMBER]) o por email en ([STUDY LIAISON EMAIL ADDRESS]).

Gracias,

[STUDY LIAISON NAME]

Representante del estudio La alimentación de mi bebé