|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-01218S (11/2019) | **STATE OF WISCONSIN**Bureau of Community Health PromotionChronic Disease Prevention and Cancer Control Section |
| INSCRIPCIóN Y CONSENTIMIENTO DEL CLIENTE DE WISEWOMANwisewoman client ENROLLMENT And Consent  |
| Apellido | Nombre | Inicial | Fecha de nacimiento |
|       |       |   |       |
| Dirección postal | Ciudad | Estado | Código postal |
|       |       |    |       |
| Número de teléfono durante el día | Número de teléfono alternativo |
|       |       |
| 1. Raza: Primera raza

[ ]  1 Blanca [ ]  2 Negra o afroamericana [ ]  3 Asiática [ ]  4 Nativo de Hawai u otras islas del Pacífico[ ]  5 Indio americano o nativo de Alaska [ ]  7 Desconocida |
| 1. Raza: Segunda raza

[ ]  1 Blanca [ ]  2 Negra o afroamericana [ ]  3 Asiática [ ]  4 Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico[ ]  5 Indio americano o nativo de Alaska [ ]  7 Desconocida |
| 1. Educación: El grado más alto que completó

[ ]  1 Menos del noveno grado [ ]  2 Algo de escuela secundaria [ ]  3 Graduado de secundaria o equivalente[ ]  4 Algo de universidad o educación superior [ ]  7 No sé / No estoy seguro |
| 1. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?

[ ]  Inglés [ ]  Español [ ]  Árabe [ ]  Chino [ ]  Francés [ ]  Italiano [ ]  Japonés[ ]  Coreano [ ]  Polaco [ ]  Ruso [ ]  Tagalo [ ]  Vietnamita [ ]  Hmong [ ]  Otro |
| El propósito del programa WISEWOMAN de Wisconsin es ayudar a identificar el riesgo de enfermedad cardiovascular, derrame cerebral y diabetes y ayudar a reducir el riesgo mediante la asistencia para realizar cambios de hábitos con respecto a la nutrición, la actividad física y el control de la presión arterial. Toda la información recopilada se mantendrá confidencial y se utilizará para la inscripción en el programa, las referencias bidireccionales, la administración del programa y la administración del caso.**Entiendo que como cliente del programa WISEWOMAN de Wisconsin:**1. Me harán preguntas sobre mi historial clínico e historial médico familiar para determinar si estoy en riesgo de enfermedad cardiovascular.
2. Me harán preguntas relacionadas con lo que como y mi nivel de actividad física para determinar mi riesgo de enfermedad cardiovascular.
3. Es mi responsabilidad consultar a un proveedor médico si es necesario. Incluso si no es necesario, entiendo que es una buena idea obtener la aprobación de mi proveedor médico antes de comenzar una actividad física planificada y regular.
4. Estoy dispuesta a hacer cambios en mi estilo de vida para mejorar mi salud participando en programas de apoyo para hábitos saludables. (Estos programas se ofrecen a **ningún costo o a muy bajo costo** para usted.)
5. Una vez que seleccione una actividad de apoyo para llevar hábitos saludables, acepto dar permiso a mi organización del proveedor de WISEWOMAN para obtener información sobre mi asistencia a las reuniones y cualquier cambio en mi salud (peso, hábitos alimenticios y lecturas de presión arterial).
6. Tendré una visita de evaluación médica para verificar lo siguiente: altura, peso, medida de la cintura, presión arterial, nivel de colesterol, nivel de glucosa en la sangre y presión arterial. Esta visita de evaluación médica se realizará con mi examen anual para el Programa Wisconsin Well Woman. Por cada año que regrese para mi examen anual del programa WISEWOMAN de Wisconsin, podría tener un seguimiento de las evaluaciones del programa WISEWOMAN de Wisconsin.
7. Me sacarán sangre para verificar mis niveles de colesterol y azúcar en la sangre. (**No me cobrarán por hacerme** estas pruebas.)
8. Si los resultados de mi presión arterial, colesterol y/o azúcar en la sangre no son normales, es posible que se me remita a un proveedor médico participante para una consulta de diagnóstico. Entiendo que el programa WISEWOMAN de Wisconsin pagará por esta consulta de diagnóstico.
9. Si mi presión arterial no está bajo control, se me proporcionarán servicios de apoyo adicionales para ayudarme a tomar mi medicamento(s), entender los números de mi presión arterial, reducir la cantidad de sal que como y otras formas de controlar mi presión arterial.
10. Entiendo que el programa WISEWOMAN de Wisconsin no paga por los servicios de tratamiento médico.
11. Entiendo que el programa WISEWOMAN de Wisconsin no puede pagar ningún medicamento que el proveedor médico me recete, pero se me ofrecerá ayuda para encontrar medicamentos gratis o a bajo costo.
12. Es responsabilidad mía cumplir con todas las citas. Doy permiso para que mi proveedor de WISEWOMAN se comunique conmigo para cualquier servicio de seguimiento por: [ ]  teléfono, [ ]  texto, [ ]  correo electrónico. Marque todo lo que corresponda.
13. Entiendo que si tengo alguna pregunta, puedo llamar al proveedor del Programa WISEWOMAN de Wisconsin.

Entiendo la información en este consentimiento y acepto participar en el programa WISEWOMAN de Wisconsin. |
| **FIRMA** – Cliente | Fecha de la firma | Número de identificación del cliente |
|  |       |       |
| **FIRMA** – Proveedor | Fecha de la firma | Escriba en letra de molde el nombre del proveedor |
|  |       |       |