|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-01218S (06/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Bureau of Community Health PromotionChronic Disease Prevention and Cancer Control SectionPágina 1 de 2 |
| 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 [ ]  6. Otra:       |
| 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 [ ]  6 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 Algunos estudios universitarios o superiores [ ]  5 No sé o 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 a través de ayuda para hacer cambios de comportamiento con la nutrición, la actividad física y el control de la presión arterial. Toda la información recopilada será confidencial y se utilizará para la inscripción en el programa, las remisiones 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 sobre mis servicios sociales y mis necesidades de apoyo, que son fundamentales para ayudarme a mejorar mi salud.
3. Me harán preguntas relacionadas con lo que como y mi nivel de actividad física para determinar mi riesgo de enfermedad cardiovascular.
4. 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.
5. Estoy dispuesta a hacer cambios en mi estilo de vida para mejorar mi salud participando en programas de apoyo para comportamientos saludables. Estos programas **no le costarán nada o le costarán muy poco**.
6. Una vez que elija una actividad de apoyo al comportamiento saludable, acepto autorizar a mi organización proveedora del programa WISEWOMAN para obtener información sobre mi ayuda a las reuniones y cualquier cambio en mi salud (peso, hábitos alimenticios y lecturas de presión arterial).
7. 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 Wisconsin Well Woman Program. 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.
8. Me sacarán sangre para verificar mis niveles de colesterol y azúcar en la sangre. **No me cobrarán por hacerme** estas pruebas.
9. Si mis resultados de presión arterial, colesterol y/o azúcar en la sangre no son normales, es posible que me remitan a un proveedor médico participante para una visita diagnóstica. Entiendo que el programa WISEWOMAN de Wisconsin pagará esta visita diagnóstica.
10. 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.
11. Es posible que remitan a recursos sociales y de apoyo que son fundamentales para ayudarme a mejorar mi salud.
12. Entiendo que el programa WISEWOMAN de Wisconsin no paga por los servicios de tratamiento médico.
13. 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.
14. Es mi responsabilidad acudir a todas las citas. Autorizo a mi proveedor de WISEWOMAN a ponerse en contacto conmigo mediante: [ ]  teléfono, [ ]  texto, [ ]  correo electrónico. Marque todo lo que corresponda.
15. 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 | Nombre del proveedor en letra de molde |
|  |       |       |