WISEWOMAN Acuerdo del participante

***Nombre:** _____ **Teléfono** _____

***Mi Asesor de salud es** _____ **Teléfono** _____

***Mi meta general está relacionada con: (escoja solamente una)**

❍ Control de Presión Arterial ❍ Nutrición ❍ Actividad física
❍ Uso de tabaco ❍ Peso saludable ❍ Manejo de estrés

***Mi pequeña meta es** (Algo que puedo hacer con éxito en los próximos dos meses.) _____

_____

***Mi plan es** _____
¿Quién me ayudará? _____
¿En donde lo haré? _____
¿Cuándo lo haré? _____
¿Que necesito hacer para tener éxito? _____

***Yo:**

- ❑ Trabajaré en mi meta de comportamiento saludable
- ❑ Me inscribiré y completaré _____ _____ (Programa de estilo de vida)
- ❑ Hablaré con mi asesor de salud al menos _____ veces al mes
- ❑ Seguiré las recomendaciones de mi proveedor de atención médica.
- ❑ Tomaré mi medicina según la receta
- ❑ _____

***El Programa WISEWOMAN:**

- ❑ Me apoyará proporcionándome recursos que me ayuden a alcanzar mi meta
- ❑ Pagará por el Programa de estilo de vida
- ❑ Me proporcionará un entrenador de salud que me motive a estar saludable
- ❑ Pagará mi visita al consultorio médico y los exámenes de laboratorio necesarios que sean elegibles
- ❑ Me ayudará a encontrar una medicina accesible y a encontrar una manera de recordar tomármela
- ❑ _____

En una escala de 0 a 10, ¿qué tan seguro está de que puede tener éxito al dar su pequeño paso? _____

(0 = nada confiado, 10 = realmente muy confiado)

Recibí lo siguiente para ayudarme a lograr mi pequeña meta:
☐ Diario de comidas ☐ Monitor de Presión arterial ☐ Cupones para frutas y verduras frescas
☐ Referencia para el sitio red de Dejar el Tabaco/Quitline ☐ Cupón para transporte ☐ Otro: _____

***Firma del participante**_____ ***Fecha**_____

Correo electrónico del participante_____

Próxima cita (o mejor hora para llamar) _____

Firma del Asesor de Salud_____ **Fecha**_____

***Preguntas requeridas están marcadas con un asterisco**