

¿Nueva en WISEWOMAN? Sí No Fecha de consulta inicial en la clínica: _____

Número de identificación de la participante (15): 4 0 0 0 0 _____



Inscripción en el programa WISEWOMAN

Apellido	Nombre	Inicial	Autorizada para: <input type="checkbox"/> Glucose/A1C <input type="checkbox"/> Perfil lipídico <input type="checkbox"/> Servicios/asesoramiento para reducción de riesgos
Dirección			Consulta de seguimiento Fecha Consulta para
Ciudad	Estado LA	Código postal	Fecha de nacimiento de la paciente
Número de teléfono principal ¿Se puede dejar un mensaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Mejor horario para llamar: _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.			
Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Italiano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Criollo <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro (especificar): <input type="checkbox"/> Prefiere no responder		¿Cuál es el nivel de estudios más alto que alcanzó? <input type="checkbox"/> Menos que 9.º grado (no asistió a la escuela secundaria) <input type="checkbox"/> Parte de la secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o equivalente <input type="checkbox"/> Parte de la universidad o estudios superiores <input type="checkbox"/> No sabe/no está segura <input type="checkbox"/> No responde	
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Raza (marque una o más) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (especificar la tribu: _____) <input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico (especificar tribu: _____) <input type="checkbox"/> Desconocida ¿Es hispana o latina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si es NUEVA en WISEWOMAN, ¿cómo conoció este programa? (seleccione solo una opción)			
<input type="checkbox"/> Clínica	<input type="checkbox"/> Amigo/Familiar	<input type="checkbox"/> Correo, póster, volante o folleto	
<input type="checkbox"/> Personal u organización de extensión comunitaria	<input type="checkbox"/> Búsqueda en Internet	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____	

Inscripción a los Servicios de apoyo para comportamientos saludables de WISEWOMAN

A las participantes de WISEWOMAN se les brinda la oportunidad de participar en un grupo de apoyo GRATUITO para cambiar el estilo de vida en su comunidad. Estos programas se llaman "Servicios de apoyo para comportamientos saludables". Están diseñados para fomentar hábitos saludables para su corazón a largo plazo. Comprendemos que es difícil cambiar, por eso queremos que usted tenga el apoyo y las herramientas necesarias para que estos cambios sean más fáciles. Marque uno de los siguientes recuadros.

Como parte de WISEWOMAN, me derivaron a:

Sí, como parte de WISEWOMAN, quisiera que me contacte el personal de WISEWOMAN para derivarme a:

No, como parte de WISEWOMAN, no me interesa que me deriven en este momento.

En este momento, no puedo participar por: falta de tiempo falta de interés en los programas que ofrecen
 falta de transporte Otro (especificar) _____

Como parte de WISEWOMAN, recibí la información de la Guía de recursos comunitarios de Well-Ahead Louisiana para localizar los recursos saludables cercanos.

Firma de la participante de WISEWOMAN	Fecha
--	--------------