



Formulario de consentimiento del programa NC WISEWOMAN

Acepto participar en el programa NC WISEWOMAN. El programa pretende ayudarme a reducir mi riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca, un accidente cerebrovascular y otras enfermedades crónicas como la diabetes. El programa NC WISEWOMAN proporciona pruebas de detección gratuitas. También proporciona un asesor o entrenador de salud del programa NC WISEWOMAN que se pondrá en contacto conmigo para hablar sobre formas fáciles para alimentarse de manera inteligente, estar en forma y vivir bien.

Acepto que midan o evalúen mi altura, mi peso, la presión arterial, el colesterol y la glucosa. Entiendo que se necesita una muestra de sangre o un pinchazo en el dedo para controlar el colesterol y la glucosa. Entiendo que mi proveedor de exámenes de detección hará algunas preguntas sobre los antecedentes médicos personales y familiares y algunas preguntas sobre el comportamiento de salud. No tengo que responder a ninguna pregunta que no me sienta cómoda respondiendo.

Me han explicado las pruebas de detección y los posibles efectos secundarios. Estos riesgos incluyen algunas molestias y un riesgo muy menor asociado con una extracción de sangre de rutina de una vena en el brazo. Según mis resultados, mi proveedor de exámenes de detección me remitirá a un servicio de apoyo para un comportamiento apropiado del estilo de vida o un entrenamiento de salud.

Si mi presión arterial, mi colesterol en sangre o mi glucosa son demasiado elevados, mi proveedor de exámenes de detección me derivará a un clínico para el seguimiento médico. No hay ningún costo para la primera evaluación médica si es necesaria. Sin embargo, si el médico recomienda más pruebas, servicios o medicamentos, será mi responsabilidad cubrir estos costos.

Entiendo que me comprometo a **tres** (3) sesiones de entrenamiento de salud y una visita de seguimiento presencial con mi asesor del programa NC WISEWOMAN después de completar mi 3 era sesión de entrenamiento de salud.

Entiendo que se me pedirá que participe en el programa NC WISEWOMAN nuevamente cuando regrese en 11 a 18 meses para mi examen anual de mamas y cuello uterino. En esa cita se completarán las mismas pruebas de detección y papeleo. Es muy importante que regrese para esta cita porque sabré si hay algún cambio en mi riesgo de sufrir una enfermedad cardíaca o accidente cerebrovascular, y ayudará a mi proveedor de exámenes de detección a saber si este programa fue útil.

Entiendo que la actividad física es parte del programa NC WISEWOMAN.

Le pedimos que responda Sí o No a las siguientes preguntas:

1. ¿Alguna vez su médico le ha dicho que tiene una afección cardíaca y que solo debe hacer la actividad física recomendada por un médico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
2. ¿Siente dolor en el pecho cuando realiza una actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
3. En el último mes, ¿ha tenido dolor en el pecho de más de un minuto de duración cuando no estaba realizando una actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4. ¿Pierde el equilibrio debido a mareos o alguna vez ha perdido el conocimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

5. ¿Su médico le está recetando medicamentos para la presión arterial o afección cardíaca (por ejemplo, diuréticos)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6. ¿Tiene un problema óseo o articular que podría empeorar por un cambio en su actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. ¿Conoce alguna otra razón por la que no deba hacer actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta a cualquiera de las preguntas 1 a 7 anteriores es Sí, obtendré permiso de mi médico para participar en la parte de actividad física del programa.

Entiendo que no tengo que participar en este programa. Tengo derecho a abandonar el programa en cualquier momento. Sin embargo, mi disposición para participar será evaluada antes de la inscripción.

Estoy de acuerdo y entiendo que el personal del programa NC WISEWOMAN se pondrá en contacto conmigo para conversar sobre mi progreso durante las sesiones de entrenamiento de salud.

La información recopilada sobre mí está protegida por la Norma de Privacidad de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA). También acepto que, si participo en actividades grupales, no revelaré información personal o de salud que pueda conocer sobre otros participantes. Si me remiten a un servicio de estilo de vida, doy mi consentimiento para compartir mi información con el programa NC WISEWOMAN de ese servicio.

Si tengo alguna pregunta sobre el programa, puedo llamar al coordinador del programa NC WISEWOMAN de mi agencia de salud local. También puedo llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte, División de Salud Pública al 919-707-5300 y pedir hablar con un consultor de enfermería del programa NC WISEWOMAN. Mi coordinador local del programa NC WISEWOMAN es:

Nombre del coordinador local

Número de teléfono

He leído y entiendo la información aquí presentada. Doy mi libre consentimiento para participar en el programa NC WISEWOMAN.

Firme con su nombre (o representante legal)

Fecha

Representante local del proveedor de servicios

Fecha