



Acuerdo de participación en WISEWOMAN

* **Nombre:** _____ Teléfono: _____

* **Fecha del acuerdo:** _____ * **Lista para cambiar (0-10)** _____

Razones por las que está lista/no lista: _____

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

* **Mi pequeño paso** es (algo que puedo lograr en los siguientes dos meses): _____

* **Mi plan es** _____

¿Quién me ayudará? _____

¿Dónde lo haré? _____

¿Cuándo lo haré? _____

¿Qué necesito para tener éxito? _____

Cosas que pueden evitar que cumpla mi pequeño paso:

- | | |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Acceso a comida saludable |
| <input type="checkbox"/> Cuidador/Responsabilidades del cuidador | <input type="checkbox"/> Costo de medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Costo o lugar para hacer ejercicio | <input type="checkbox"/> Educación de salud |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Idioma/Traducción |
| <input type="checkbox"/> Hora/Cronograma | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Se me proporcionó lo siguiente para ayudarme a cumplir con mis objetivos:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Monitor de presión arterial – N.º de serie/modelo: _____ | <input type="checkbox"/> Cupones para comprar comida fresca |
| <input type="checkbox"/> Membresía de gimnasio | <input type="checkbox"/> Kit para dejar de fumar |
| <input type="checkbox"/> Derivación a la línea para dejar de fumar | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Asistencia de transporte | |

En una escala de 0 a 10, ¿cuánta confianza tiene de lograr su pequeño paso?

_____ (0 = nada de confianza, 10 = mucha confianza)

Notas: _____

* **Firma de la participante:** _____ * **Fecha:** _____

Correo electrónico de la participante: _____

Siguiente cita (o mejor momento para llamar) _____

Firma del Asesor de salud: _____ Fecha: _____