

Recepción de la información sobre el asesoramiento de salud

Gracias por inscribirse en el Programa de Asesoramiento de Salud de la Formación sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP-Ed) de *[Name of Program]*!

El subsidio de la SNAP-Ed del USDA financia este programa, por lo que no tiene costo para usted.

Qué sucederá a continuación:

- * Recibirá una llamada de su asesor de salud en 1 o 2 semanas conforme al horario que indicó en el formulario de inscripción.
- * Las 6 sesiones se realizan por teléfono y duran alrededor de 30 minutos.
- * Su asesor de salud le brindará la orientación necesaria para lograr cambios saludables.
- * Su información de las sesiones se compartirá con *[name of organization]* para medir el éxito del programa. Esto no incluye su información personal.
- * Puede dejar de participar en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Asesoramiento de Salud de *[Name of Program]* , puede comunicarse conmigo.

Nuestros asesores de salud están ansiosos por tener la primera sesión.

[Name of THC program manger]

[Name of program]

[contact phone number]

[contact email]

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Tenga en cuenta que la Junta de Revisión Institucional (IRB) de [nombre del programa] puede revisar los registros del proyecto como parte de su misión de proteger la seguridad de los participantes. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, comuníquese con la IRB de [nombre del programa] al [número de teléfono]. La IRB está formada por un grupo de personas que evalúa los estudios y protege los derechos de los participantes.

Recepción de la información sobre el asesoramiento de salud

Gracias por inscribirse en el Programa de Asesoramiento de Salud de la Formación sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP-Ed) de *[Name of Program]*!

El subsidio de la SNAP-Ed del USDA financia este programa, por lo que no tiene costo para usted.

Qué sucederá a continuación:

- * Recibirá una llamada de su asesor de salud en 1 o 2 semanas conforme al horario que indicó en el formulario de inscripción.
- * Las 6 sesiones se realizan por teléfono y duran alrededor de 30 minutos.
- * Su asesor de salud le brindará la orientación necesaria para lograr cambios saludables.
- * Su información de las sesiones se compartirá con *[name of organization]* para medir el éxito del programa. Esto no incluye su información personal.
- * Puede dejar de participar en cualquier momento.

Si tiene alguna pregunta sobre el Programa de Asesoramiento de Salud de *[Name of Program]* , puede comunicarse conmigo.

Nuestros asesores de salud están ansiosos por tener la primera sesión.

[Name of THC program manger]

[Name of program]

[contact phone number]

[contact email]

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Tenga en cuenta que la Junta de Revisión Institucional (IRB) de [nombre del programa] puede revisar los registros del proyecto como parte de su misión de proteger la seguridad de los participantes. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos como participante, comuníquese con la IRB de [nombre del programa] al [número de teléfono]. La IRB está formada por un grupo de personas que evalúa los estudios y protege los derechos de los participantes.