

**Hoja informativa: Programa de Asesoramiento de Salud de la Formación sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP-Ed) de \_\_\_\_\_**

Lo invitamos a participar en el Programa de Asesoramiento Telefónico para la Salud de la SNAP-Ed de \_\_\_\_\_. Actualmente, este programa se ofrece a todos los adultos que cumplen los requisitos del SNAP en \_\_\_\_\_. Para participar en este programa, lea la información a continuación y proporcione un consentimiento verbal.

El subsidio de la SNAP-Ed 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 un cambio saludable.
- \* Es posible que la información de las sesiones se utilice para medir el éxito del programa y se comparta con fines de investigación; esto no incluye la información personal.
- \* Puede dejar de participar en cualquier momento.

Únase hoy y conviértase en el protagonista de nuestras exitosas historias. Nuestros clientes han logrado lo siguiente:

- \* Elegir alimentos más saludables.
- \* Preparar comidas caseras saludables.
- \* Comer saludable sin exceder su presupuesto.
- \* Realizar más actividad física.

Para comenzar con el proceso:

1. Complete el reverso de este formulario.
2. Entregue el formulario a \_\_\_\_\_ por alguno de estos medios:
  - a. En persona, al formador en nutrición de \_\_\_\_\_.
  - b. Escanee el formulario y envíelo por correo electrónico a \_\_\_\_\_.
  - c. Envíe por correo postal a:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  - d. Llame al \_\_\_\_\_.

Si tiene consultas sobre sus derechos como participante, o desea obtener información, hacer preguntas o hablar sobre alguna cuestión de este proyecto con otra persona que no sean los asesores de salud, comuníquese con la persona indicada a continuación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.*

**Formulario de inscripción para el asesoramiento de salud de \_\_\_\_\_**

¿Le gustaría trabajar con un asesor de salud?

*Si su respuesta es "Sí", escriba su nombre, número de teléfono, correo electrónico, día de la semana y momento del día en que le gustaría tener las sesiones de asesoramiento.*

**Fecha de hoy:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Idioma de preferencia** (*marque una opción*): \_\_\_ Inglés \_\_\_ Español Otro: \_\_\_\_\_

**Días de la semana en los que estará disponible** (*marque todas las opciones que correspondan*):

\_\_\_ Cualquier día \_\_\_ Lunes \_\_\_ Martes \_\_\_ Miércoles \_\_\_ Jueves \_\_\_ Viernes

**Momento del día en el que estará disponible** (*marque todas las opciones que correspondan*):

\_\_\_ A cualquier hora \_\_\_ Por la mañana \_\_\_ Por la tarde  
\_\_\_ Por la tarde noche \_\_\_ Por la noche

*Su asesor de salud lo llamará en 1 o 2 semanas.*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Solo para uso del personal: núm. de identificación de SNAP-Ed: \_\_\_\_\_