**Hoja informativa: Programa de Asesoramiento de Salud de la Formación sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP-Ed) de *[Name of Program]***

Lo invitamos a participar en el Programa de Asesoramiento Telefónico para la Salud de la SNAP-Ed de *[Name of Program].* Actualmente, este programa se ofrece a todos los adultos que cumplen los requisitos del SNAP en *[SNAP-Ed program state].* 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 *[Name of Program]* por alguno de estos medios:
	1. En persona, al formador en nutrición de *[Name of Program]*.
	2. Escanee el formulario y envíelo por correo electrónico a *[program* *email*]*.*
	3. Envíe por correo postal a *[Name of Program, address of program].*
	4. Llame al *[program phone number].*

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:

*[Program direct contact information]*

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

**Formulario de inscripción para el asesoramiento de salud de *[Name of Program]***

¿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.*

*[Program name*

*Address*

*Contact information of program]*

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