

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:
 - a. En persona, al formador en nutrición de *[Name of Program]*.
 - b. Escanee el formulario y envíelo por correo electrónico a *[program email]*.
 - c. Envíe por correo postal a *[Name of Program, address of program]*.
 - d. 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: _____