



Washington State Department of
HEALTH

DOH 349-040 JAN 2024 Spanish



WISEWOMAN™

Formulario de capacitación sobre salud de WISEWOMAN del estado de Washington

Nombre: _____ **Teléfono:** _____

Mi objetivo general se relaciona con lo siguiente:

- Control de la presión arterial Nutrición Actividad física
 Consumo de tabaco Peso saludable Manejo del estrés

Mi paso inicial es (algo que puedo lograr en los próximos dos meses) _____

Mi plan es _____

¿Quién me ayudará? _____

¿Dónde lo llevaré a cabo? _____

¿Cuándo lo llevaré a cabo? _____

¿Qué necesito para lograrlo? _____

Haré lo siguiente:

- Trabajar en mi objetivo de comportamiento saludable.
 Inscribirme y completar _____ (programa de estilo de vida).
 Cumplir con las recomendaciones de mi proveedor de atención médica.
 Tomar los medicamentos según lo indicado.

El programa WISEWOMAN hará lo siguiente:

- Darme recursos que me ayuden a lograr mi objetivo.
 Pagar mi programa de estilo de vida.
 Pagar las visitas al médico y los análisis necesarios que correspondan.

En una escala del 0 al 10, ¿qué seguridad tiene de que logrará dar el paso inicial?

_____ (0 = no estoy para nada segura, 10 = me siento muy segura)

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

Los contactos de WISEWOMAN son: _____

Este documento fue realizado gracias al acuerdo de cooperación DP18-1816 celebrado entre los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, la División para la Prevención de Enfermedades Cardíacas y Derrames Cerebrales, y el Programa WISEWOMAN. Los contenidos vertidos no representan necesariamente la opinión oficial de los CDC.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.