

WISEWOMAN Project Consent Form

I agree to take part in the WISEWOMAN Project. The project is designed to help me reduce my risk for heart disease, stroke, and other chronic diseases such as diabetes. The WISEWOMAN Project provides free screening tests. It also provides a coach who will contact me to talk about easy ways to eat smart, be fit, and live well.

I agree to have my height, weight, blood pressure, cholesterol, and glucose measured or tested. I understand that a blood sample or finger stick is needed to check cholesterol and glucose. I understand that my screening provider will ask some questions about personal and family medical history and some questions about health behavior. I do not have to answer any questions I am not comfortable answering.

The screening tests and possible side effects have been explained to me. These risks include some discomfort and very minor risk associated with a routine blood draw from a vein in my arm. Depending on my results, my screening provider may ask me to take part in lifestyle education or counseling.

If my blood pressure, blood cholesterol, or glucose is too high, my screening provider will refer me to a clinician for medical follow-up. There is no cost for the first medical evaluation if it is required. However, if the clinician recommends further testing, services or medication, it will be my responsibility to cover these costs.

I understand that I will be asked to take part in WISEWOMAN again when I return in 12-18 months for my breast and cervical annual exam. The same screening tests and paperwork will be completed at that appointment. It is very important that I return for this appointment because I will learn if there are any changes in my risk for heart disease or stroke and will help my screening provider learn if this program was useful.

Physical Activity is a part of the WISEWOMAN Project. Please answer Yes or No to the following questions:

1. Has your doctor ever said that you have a heart condition and that you should only do physical activity recommended by a doctor?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
2. Do you feel pain in your chest when you do physical activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
3. In the past month, have you had chest pain, lasting more than one minute, when you were not doing physical activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. Do you lose your balance because of dizziness or do you ever lose consciousness?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5. Is your doctor currently prescribing drugs for your blood pressure or heart condition (for example, water pills)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

6. Do you have a bone or joint problem that could be made worse by a change in your physical activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
7. Do you know of any other reason why you should not do physical activity?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

If the answer to any one of the questions 1 through 7 above is Yes, I will get permission from my doctor or clinician to take part in the physical activity portion of the project.

I understand that I do not have to participate in this project. I have the right to drop out of the program at any time.

Information collected about me will be kept as confidential as legally possible. I also agree that if I take part in group activities, I will not reveal health or personal information that I might learn about other persons.

If I have any questions about the project, I may call the WISEWOMAN Coordinator at my local health agency. I may also call the North Carolina Department of Health and Human Services, Division of Public Health at 919-707-5300 and ask to speak to a WISEWOMAN Nursing Consultant. My local WISEWOMAN Coordinator is

_____ () _____
 (Name of local coordinator) (Telephone Number)

I have read and understand the information presented here. I freely give my consent to take part in the **WISEWOMAN** Project.

Sign Your Name (or Legal Representative) Here

Date

County Health Department Representative

Date



Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte

División de Salud Pública

1922 Mail Service Center, Raleigh, North Carolina 27699-1922

5505 Six Forks Road, Raleigh NC 27609

**Formulario de Consentimiento
para la participación en el Proyecto WISEWOMAN**

Yo doy me consentimiento para tomar parte en el Proyecto **WISEWOMAN**. El proyecto esta diseñado para ayudarme a reducir mi riesgo para las enfermedades del corazón, derrame cerebral y otras enfermedades crónicas. El Proyecto **WISEWOMAN** proporcionará pruebas gratis para la detección del cáncer. El Proyecto también le proporcionará a un trabajador(a) del programa que le hablara sobre varias maneras fáciles para comer alimentos sanos, fijarse metas para su salud y vivir más saludable.

Yo doy me consentimiento para tener mi estatura, peso, presión arterial, colesterol y azúcar en la sangre medida. Yo comprendo que una muestra de sangre del dedo es necesaria para medir el colesterol y el nivel de azúcar en la sangre. Yo comprendo que el medico haciéndome las pruebas de detección me hará preguntas sobre mi historia personal y familiar y también sobre mi estilo de vivir. **Yo no tengo que responder a preguntas a las que no estoy cómoda dando respuesta.**

Las pruebas de detección y efectos posibles de estas pruebas me las han explicado. Estos efectos pueden incluir un poco de molestia y riesgos mínimos asociados con el dar una muestra de sangre de la vena del brazo. Dependiendo en mis resultados, el medico(a) me pedirá que yo tome parte en clases de educación del estilo de vida o que tome consejos para el estilo de vida.

Si mi presión arterial, colesterol o el nivel de azúcar en la sangre esta muy alta, el medico(a) me dará una referencia para recibir atención medica de seguimiento. No habrá gasto para la primera evaluación médica si es requerida. Pero, si el medico(a) me recomienda mas pruebas en el futuro, será mi responsabilidad de cubrir esos gastos.

Yo comprendo que seré invitada a compartir en el Proyecto **WISEWOMAN** de nuevo cuando regrese dentro de 12 a 18 meses para mis pruebas de detección. Las mismas pruebas y papeles serán completadas en esta cita. Es muy importante que vuelva para esta cita porque aprenderé si hay habido cambios en mis riesgos para las enfermedades del corazón o del derrame cerebral. Además, esta cita le ayudara al medico(a) aprender si este programa ha sido útil para mi.

La actividad física es una parte del proyecto WISEWOMAN. Por favor responda “SI” o “NO” a las siguientes preguntas:

1. ¿En algún tiempo, le ha dicho su médico(a) que usted tiene una condición del corazón por la cual usted debe solamente hacer actividad física recomendada solamente por un médico(a)?	___ SI ___ NO
2. ¿Siente usted dolor en el pecho cuando realiza alguna actividad física?	___ SI ___ NO

3. En el mes pasado, ¿ha tenido usted dolor en el pecho que haya durado mas que un minuto cuando no estaba realizando actividad física?	___ SI ___ NO
4. ¿Usted pierde su equilibrio por razón de mareo o tal vez pierde el conocimiento?	___ SI ___ NO
5. ¿Esta usted tomando medicamento para la presión arterial o para alguna condición del corazón (por ejemplo, una pastilla diurética)?	___ SI ___ NO
6. ¿Tiene usted alguna problema con los huesos o con la articulación que se hará mas peor con un cambio en su actividad física?	___ SI ___ NO
7. ¿Sabe de cualquier otra razón por la cual usted no podría realizar la actividad física?	___ SI ___ NO

Si la respuesta a cualquier pregunta arriba es “SI”, entonces yo conseguiré el permiso de mi medico(a) para participar en la porción de actividad física del proyecto WISEWOMAN.

Yo comprendo que no tengo obligación de participar en este proyecto.
Yo tengo el derecho de salirme del programa a cualquier tiempo.

La información colectada de mi será guardada lo mas confidencial que sea posible. Yo también estoy de acuerdo de que si tomo parte en actividades de grupo, yo no revelare información sobre la salud o información personal que aprenderé de otras personas.

Si yo tengo preguntas del proyecto de WISEWOMAN, yo le puedo llamar a la coordinadora en la agencia de la salud de mi condado. Yo también puedo llamar al Departamento de Salud y Servicios Humanos del estado de Carolina del Norte, División de Salud Publica al 919-707-5300 y preguntar por la enfermera consultora. Mi coordinador(a) del proyecto WISEWOMAN local es:

_____ (_____) _____
(Nombre de coordinador(a) local) (Numero de teléfono)

Yo he leído y estoy de acuerdo con la información que se me ha presentado aquí. Yo doy mi consentimiento libremente para compartir en el Proyecto WISEWOMAN.

Firme su Nombre (o representante legal) aquí

Fecha

Representante del Departamento de Salud del Condado

Fecha