ILLINOIS WISEWOMAN PROGRAM
Participant Consent

The purpose of the Illinois WISEWOMAN Program (IWP) is to help identify and reduce risk for cardiovascular disease (CVD, also known as heart disease) and stroke through education about nutrition and physical activity. All information collected will be kept confidential.

I understand that as an Illinois WISEWOMAN Program participant:

I will have a screening visit to check the following: height, weight, cholesterol level, blood glucose level, and blood pressure. This screening visit will be performed with my annual exam for the Illinois Breast and Cervical Cancer Program (IBCCP). For each year that I return for my annual IBCCP exam, I may have follow-up IWP screenings.

In order to check the cholesterol and blood sugar levels in my body, I will have 2 – 2 ½ tablespoons of blood drawn from a vein in my arm. There will be no costs for this test.

I will not eat or drink anything other than water for nine hours before my screening visit. I am allowed to take any prescribed medication with only a sip of water.

I will be asked questions about my health history and family health history to find out if I am at risk for CVD. It is my responsibility to see a Medical Provider if it is required. Even if it is not required, I understand it is a good idea to get approval from my Medical Provider before beginning regular, planned physical activity.

I will be asked questions related to what I eat and my level of physical activity, to determine my risk for CVD.

If my blood pressure, cholesterol, and/or blood sugar results are not normal, I may be referred to a participating Medical Provider for a diagnostic exam. I understand that the Illinois WISEWOMAN Program will pay for the exam. I will be responsible for the costs of any further follow-up medical appointments and tests.

I understand that the Illinois WISEWOMAN Program cannot pay for any medications the Medical Provider might prescribe for me; but I will be offered assistance to find free or reduced cost medications.

It is my responsibility to keep all appointments.

I will be offered enrollment in a course with 4 weekly sessions which address nutrition and physical activity. During the course of this program, I will be given the opportunity to talk with a lifestyle intervention facilitator by telephone. The purpose of these contacts is to support my healthy lifestyle behaviors to reduce and/or prevent CVD risk factors.

I understand that if I have any questions, I can call the (local agency) _____ at (#) _____ or the Illinois WISEWOMAN Program Coordinator at the Illinois Department of Public Health at 217-524-6088.

I understand the information in this consent and agree to participate in the Illinois WISEWOMAN Program.

_____		_____	
Participant's Signature	Date	Witness Signature	Date
_____		_____	
Participant's Printed Name		Witness Printed Name	

PROGRAMA MUJER SABIA DE ILLINOIS
Consentimiento de la Participante

El propósito del Programa MUJER SABIA de Illinois (IWP, por sus siglas en Inglés) es de ayudar a identificar y a reducir el riesgo de contraer una enfermedad cardiovascular (CVD por sus siglas en Inglés, también conocida como enfermedad cardíaca) a través de la educación sobre la nutrición y la actividad física. Toda la información obtenida será mantenida en forma confidencial.

Entiendo que como una participante del Programa MUJER SABIA de Illinois:

Haré una visita para examinar los siguientes: estatura, peso, nivel de colesterol, nivel de glucosa en la sangre, y la presión sanguínea. Este examen será realizado como parte de mi examen anual para el Programa de Cáncer del Seno y Cuello Uterino de Illinois (IBCCP, por sus siglas en Inglés). Por cada año que regrese para mi examen anual para el IBCCP, puedo continuar también los exámenes para el IWP.

Para revisar los niveles de colesterol y azúcar en mi cuerpo, se sacarán aproximadamente entre 2 y 2 ½ cucharadas de sangre de una vena en mi brazo. Esta prueba será gratuita.

Nueve horas antes de mi examen, permaneceré en ayuno, o sea no comeré ni beberé ninguna otra cosa que no sea agua. Me está permitido tomar medicamentos recetados con sólo un sorbo de agua.

Se me harán preguntas relacionadas con la historia de mi salud y la historia de salud de mi familia para saber si estoy a riesgo de tener una enfermedad cardíaca (CVD). Si es necesario es mi responsabilidad acudir a un médico. Aún si no es necesario, antes de empezar cualquier actividad física planeada para una rutina, entiendo que es buena idea obtener la aprobación de mi médico.

Para determinar si tengo un riesgo de contraer una enfermedad cardíaca, se me harán preguntas relacionadas a los alimentos que consumo y a mi nivel de actividad física.

Si mi presión sanguínea, mi colesterol, y/o los resultados de azúcar en la sangre no son normales, seré referida a un proveedor médico participante para un examen diagnóstico. Entiendo que el programa MUJER SABIA de Illinois pagará por este examen. Yo seré responsable por los costos adicionales que se presenten por citas y pruebas que se realicen después de la primera cita.

Entiendo que el Programa MUJER SABIA de Illinois no puede pagar por los medicamentos que el proveedor médico me recete, pero se me ofrecerá asistencia para encontrar medicamentos gratis o a un costo reducido.

Es mi responsabilidad acudir a todas las citas.

Se me ofrecerá inscripción a un curso de 4 sesiones semanales que se enfocarán en la nutrición y la actividad física. Durante el curso de este programa, tendré la oportunidad de hablar por teléfono con un facilitador de cambio de estilo de vida. El propósito de estos contactos es el de ayudarme a mantener un comportamiento de vida saludable para reducir y/o prevenir los factores de riesgo de contraer una enfermedad cardíaca.

Entiendo que si tengo cualquier pregunta, puedo llamar a (la agencia local) _____ al (#) _____ o al Coordinador/a del Programa MUJER SABIA de Illinois en el Departamento de Salud Pública de Illinois al 217-524-6088.

Yo entiendo la información de este consentimiento y estoy de acuerdo en participar en el Programa MUJER SABIA de Illinois.

_____ _____
Firma de la participante Fecha Testigo/a Fecha

_____ _____
Nombre de la participante en letra de molde Nombre del/de la testigo en letra de molde