

**DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO
Y LIBERACIÓN DEL EXAMEN DE SALUD
DIABETES EDUCATION**



TEXAS A&M UNIVERSITY
Healthy South Texas

Numero de Evento, Fecha: _____

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo y consiento la realización de exámenes/pruebas de salud en mí por Texas A&M Coastal Bend Health Education Center o compañías, sucesores, y todos los funcionarios, empleados, representantes o designados asignados. Certifico que he sido informado y entiendo la naturaleza y el propósito de los exámenes/pruebas que se realizarán y consiento voluntariamente a los mismos.

Por la presente libero y exonero para siempre al Texas A&M Coastal Bend Health Education Center y a cualquier programa participante de Texas A&M Coastal Bend Health Education Center, junto con dichos agentes, empleados, asociados, voluntarios, sucesores, cesionarios y afiliados, de toda responsabilidad, reclamo o causa de acción de cualquier naturaleza que surja o resulte de cualquier lesión, enfermedad, pérdida o daño, incluida la muerte, en la que pueda incurrir como resultado de, o en relación con, la realización de dichos exámenes/pruebas de detección, o de los datos derivados de los mismos.

Se entiende además que:

1. Los datos que se deriven y/o se me proporcionen de dichos exámenes/pruebas de detección se considerarán únicamente como preliminares y en ningún caso se considerarán concluyentes.
2. Soy el único responsable de iniciar cualquier examen de seguimiento para el tratamiento de cualquier anomalía identificada por dichos exámenes/pruebas de detección.
3. Texas A&M Coastal Bend Health Education Center y cualquier programa participante, junto con sus agentes, asociados, empleados y voluntarios, tendrán acceso a los resultados de mis pruebas para fines de evaluación y para ayudarme a iniciar el seguimiento.

Nombre _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Teléfono _____ **Dirección** _____ **Estado** _____ **Correo Electrónico** _____

¿Tiene usted diabetes? Sí No **Contacto de Emergencia** _____ **Médico** _____

Raza/Etnicidad: Anglo Hispano AfroAmericano Asiático/Isleño del Pacífico Otro _____

Educación: No Escuela Preparatoria Escuela Preparatoria Licenciatura

Historial de salud: Pre-diabetes Diabetes Diabetes Gestacional Hipertensión Arterial

Antecedentes Familiares: Diabetes Presión Arterial Alta

Rango de Peso: menos de 145 lbs. 145-173 lbs. 174-231 lbs. 232 lbs. o más

Certifico que he leído y entendido completamente la declaración de consentimiento y liberación anterior.

Firma: _____ **Fecha:** _____

EDUCACIÓN DADA: Valores recomendados Prevención de la diabetes Aspectos básicos de la diabetes

NECESIDADES DEL PARTICIPANTE: Clase de Educación Diabetes-Inglés/Español Asistencia para Medicina
 Ayuda para encontrar un Médico Visita de seguimiento con el médico

Azúcar en sangre _____ B/P _____ Altura _____ Peso _____ BMI _____ % De Grasa Corporal _____

A1C _____ Colesterol Total _____ LDL: _____ HDL _____ Triglicéridos _____

Firma de Promotora de Salud, Fecha

Firma de Educador/a de Salud, Fecha