



Acuerdo de participación del paciente

Acepto participar en el programa *Healthy Together* hasta el 31 de marzo de 2023.

Durante ese tiempo, me comprometo a lo siguiente:

- Asistiré a sesiones de grupo con otros pacientes de mi centro de salud que también deseen comer más sano, hacer más ejercicio y reducir el estrés. Las sesiones serán virtuales (por teléfono o video), con controles en persona en momentos clave durante el año. Las sesiones seguirán el siguiente calendario:
 - Del 1 de abril al 31 de julio de 2022: **llamada semanal grupal** (60-75 minutos); sin sesión la semana del 4 de julio
 - Conexión en persona en las semanas 2 y 10 para recibir herramientas adicionales
 - Del 1 de agosto al 31 de marzo de 2023: **llamada grupal mensual** (60-75 minutos)
 - Conexión en persona en agosto, octubre, diciembre y marzo para recibir herramientas adicionales.
- Asistir a sesiones de recuperación (programadas en la misma semana) si no puedo asistir a una sesión regular.
 - Se me permite recuperar no más de 3 sesiones. Si falto a más de 3 sesiones programadas regularmente, es posible que me expulsen del programa.
- Seguir y compartir mis progresos:

¿Qué seguimiento hago?	¿Con qué frecuencia?	¿Cuándo?	¿Dónde hago el seguimiento?
Los alimentos que consumo	Cada día	Después de comer o al final del día	En la aplicación/portal en línea del programa o en el rastreador de bienestar <i>Healthy Together</i>
El número de minutos que hago ejercicio	Cada día	después de hacer ejercicio o al final del día	En la aplicación/el portal en línea del programa o en el rastreador de bienestar <i>Healthy Together</i>
Peso	Una vez a la semana	En los días de sesión; antes de participar en la sesión	En la aplicación/el portal en línea del programa
Nivel de oxígeno	Las instrucciones son las siguientes		
Presión arterial	Las instrucciones son las siguientes		

Me pondré en contacto con la oficina de mi proveedor si:

- La lectura de mi temperatura es superior a _____.
- La lectura de mi presión arterial es superior a _____.

- La lectura de mi nivel de oxígeno es inferior a _____.
- En el caso de los pacientes con diabetes, la lectura de mi nivel de azúcar en sangre es superior a _____.

Si tengo alguna pregunta, llamaré a _____ al
(teléfono)_____.

Me comprometo a utilizar las herramientas proporcionadas y a realizar un seguimiento de mis resultados tal y como se ha indicado anteriormente. Si decido dejar de participar en el programa (o si falto a más de 3 sesiones), entiendo que se me exige que devuelva las herramientas al centro de salud.

Entiendo que las sesiones serán consultas grupales con otros pacientes.

- Entiendo que durante una consulta grupal puede haber discusiones sobre información de salud identificable individualmente.
- Es posible que la información que se utilice o divulgue en una consulta grupal pueda también ser divulgada por otros participantes en la consulta grupal.
- Me comprometo a mantener la privacidad y la confidencialidad de toda la información relativa a otros pacientes que asistan a las consultas grupales.

Nombre del paciente (en letra de molde):	
Firma del paciente:	
Fecha:	

Para pacientes con diabetes:

Firma del proveedor:	
Fecha:	