

Southeast Chicago Diabetes Community Action Coalition

Form B.3 Spanish

(Reviewed and Approved)



REGISTRACION AL ENTRENAMIENTO DE DIABETES

TITULO: CONTROL DE DIABETES EN EL SURESTE DE CHICAGO

Fecha _____ Sitio _____

Por favor llene este formulario para permitir que documentemos quien fue entrenado/a, y así poder proseguir esto con usted. Llene este formulario aunca que usted ya haya llenado el formulario “Perfil del Miembro/Participante”. Usted recibirá una confirmación pronto.

Perfil del Miembro/Participante				
*Nombre:				
*Titulo/Puesto:				
*Unidad-Departamento:				
*Dirección:				
*Teléfono:		*Fax:		
*E-Mail:				
Relación con la Coalición: ? Representante ? Representante Alterno ? Personal de Diabetes ? Otro				
*Grupo Étnico: ? Afro-Americano ? Hispano, Latino ? Asiático ? Blanco No-Hispano ? Otro				
Edad: ? 20 o menos ? 21-44 ? 45-64 ? 65 o más			Sexo: ? Femenino ? Masculino	
Estado de la diabetes (confidencial y opcional): ? Tengo diabetes ? Miembro de familia tiene diabetes ? Estoy bajo riesgo				
Habilidades de idioma:	Lo hablo con mucha fluidez	Lo leo	Puedo hacer presentaciones	Lo escribo
Ingles	?	?	?	?
Español	?	?	?	?
Otro	?	?	?	?
Entrenamiento/Títulos Universitarios/ Habilidades /Licencias (Por ejemplo: MD, RD, CDE, LPN):				
Áreas de experiencia: ? Clínica ? Educación al Paciente con Diabetes ? Educación/Entrenamiento ? Derecho/Política ? administración ? Investigación ? Otro:				
Áreas de interés/Participación: ? Educación al Paciente ? Educación a la Comunidad ? Mejoramiento de Calidad ? Capacidad Cultural ? Derecho/Política ? Comunicación Publica/Mercadotecnia Social ? Entrenamiento ? Evaluación				

? Desarrollo de Recursos ? Actividad Física ? Nutrición/Dieta ? Otro:

Años trabajando o viviendo en el área del sur de Chicago:

Participación actual en la Coalición de Diabetes: ? Junta general ? Red Profesional/ Calidad de cuidado ? Entrenamiento/Alcanze ? Evaluación ? Recursos de educación de la comunidad de diabetes ? Medios de comunicación

¿Usted participó en la primer fase de Planear el Proceso de la Coalición(10/1999-9/2001)? ? Sí ? No

Otras sociedades/membresías/juntas: ? Healthy South Chicago ? Healthy Start ? LAN ? Otras:

***¿Es usted un miembro activo de la Chicago Southeast Diabetes Community Action Coalition?**

? Sí

? No

? Me gustaría afiliarme

? Me gustaría ser informado/a de juntas y actividades

***¿Que tipo de clases o entrenamiento relacionado con diabetes ha usted recibido?** Incluya talleres y cursos así como Primeros Auxilios, Cruz Roja, SIDA, etc.

Título del curso o del taller	Sitio(agencia)	Año

Por favor díganos acerca de su nivel de conocimiento o habilidades en estas áreas:

ÁREAS DE CONOCIMIENTO O HABILIDAD	Ningún	Bajo	Mediano	Alto/ fuerte
conocimiento de diabetes				
conocimiento de enfermedades crónicas (corazón, asma)				
conocimiento/habilidad de ejercicio				
conocimiento/habilidad de nutrición/dieta(incluyendo cocina)				
conocimiento/habilidad de dejar de fumar				
liderazgo /habilidades organizacionales				

derecho Política				
habilidades en fomentación de grupos				
habilidades de enseñar/presentaciones/entrenamiento				
habilidades de cuestionarios				
otras habilidades que puedan ayudar				
habilidades en escritura				
habilidades en procesadores de palabras				
habilidades en computación (data bases, Internet)				

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN