

**Perfil del Miembro/Participante**

*Nombre:

*Título/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 fluidez	Lo leo	Puedo hacer presentaciones	Lo escribo
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Entrenamiento/Títulos Universitarios/ Habilidades /Licencias(Por ejemplo: MD, RD, CDE, LPN) anteriores:
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/Alcance 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:

GRACIAS POR SU COOPERACIÓN