



## 워싱턴주 WISEWOMAN 참여 동의서

\*이름: \_\_\_\_\_ 전화 \_\_\_\_\_

\*나의 전반적인 목표는 다음과 관련이 있다:

- 혈압 조절                       영양                                       신체적 활동  
 흡연                                 건강한 체중 관리                       스트레스 관리

\*나의 단기 목표는 (향후 2개월 이내에 성공할 수 있는 목표) \_\_\_\_\_

\*나의 계획은 \_\_\_\_\_

나를 도와줄 지원? \_\_\_\_\_

이를 실행할 장소? \_\_\_\_\_

이를 시작할 시기? \_\_\_\_\_

성공하기 위해 필요한 요소? \_\_\_\_\_

\*나는...

- 건강한 행동 목표를 위해 노력한다
- 다음 프로그램에 등록하고 완료한다 \_  
\_\_\_\_\_ (생활양식 프로그램)
- 담당 의료진의 권고를 따른다
- 처방대로 약을 복용한다
- \_\_\_\_\_

\*WISEWOMAN 프로그램은...

- 나의 목표 달성에 도움이 되는 자원을 통해 나를 지원한다
- 생활양식 프로그램 비용을 지불한다
- 내가 방문할 수 있는 진료소 방문과 필요한 실험실 연구에 대한 비용을 지불한다
- 필요 시, 최초 방문 후 2주 후 및 정기적으로 나와 후속 연락을 한다
- \_\_\_\_\_

0-10점 척도로 단기적 목표 성공에 얼마나 자신이 있는지 표시하십시오.

\_\_\_\_\_ (0 = 전혀 자신이 없음, 10 = 정말 자신 있음)

\*참가자 서명 \_\_\_\_\_ \*날짜 \_\_\_\_\_

WISEWOMAN 연락처: \_\_\_\_\_

\*별표 항목은 필수 항목입니다.

본 문서는 Centers for Disease Control and Prevention(CDC, 질병통제예방센터)/Division for Heart Disease and Stroke Prevention(심장 질환 및 뇌졸중 예방 부서)/WISEWOMAN 프로그램의 협력 계약 DP18-1816에 의해 작성되었습니다. 본 문서의 내용이 CDC의 공식적인 견해는 아닙니다.

본문서를 다른 형식으로 요청하려면 1-800-525-0127 로 전화하십시오. 청각 장애가 있는 고객은 전화 711(WashingtonRelay) 또는 이메일 [civil.rights@doh.wa.gov](mailto:civil.rights@doh.wa.gov) 로 연락하시면 됩니다.