



GATEWAY COMMUNITY HEALTH CENTER, INC.

Diabetes Self Management Project

FORMA DE ACUERDO / CONSENTIMIENTO

La presente forma especifica las bases para su participación en las Clases de Control Propio de la Diabetes.

POR FAVOR LEA EL ACUERDO Y MARQUE CADA UNO:

Yo entiendo que sere parte de un grupo que participará en un programa de 10 semanas que me ayudará a controlar mi diabetes.

SI *NO*

Yo entiendo que estoy participando en un programa, pero depende de mi hacer cambios.

SI *NO*

Yo entiendo que antes de intentar hacer ejercicio, consultaré a mi doctor (especialmente si hay sospecha de alta presión o alguna enfermedad del corazón).

SI *NO*

Yo entiendo que los empleados o voluntarios de: **Gateway Community Health Center, Inc.** que están ofreciendo el curso, no son responsables por ningún daño, que pudiera ocurrir como resultado de mi participación.

SI *NO*

Basado en la información aquí especificada, Yo _____ (nombre del participante) estoy de acuerdo en participar, porque yo creo que puedo beneficiarme de el Curso de Control Propio de la Diabetes.

Consentimiento:

Yo autorizo el uso, los derechos de copia, publicación / republicaciones, fotografías, y / otras ilustraciones en parte o completamente, sin restricción a cambios o alteraciones con el propósito de desarrollar publicidad impresa, estrictamente educativa sin interés comercial.

Firma _____

Fecha: _____

Firma de Testigo _____

Fecha: _____