

Alameda Alliance for Health

Programas y materiales de bienestar



Formulario de solicitud del miembro: Alameda Alliance for Health (Alliance) ofrece educación gratuita sobre la salud. Queremos que usted se haga cargo de su salud con la mejor información posible. Seleccione entre los temas a continuación los materiales que desea que le enviemos por escrito. Comuníquese con nosotros para solicitar estos materiales en otros formatos. Puede consultar más información y herramientas para vivir de manera saludable en **www.alamedaalliance.org**.



Remisiones a las clases y los programas

- ☐ Asma
- ☐ Apoyo para el amamantamiento
- ☐ Diabetes **(tipo 1 o tipo 2)**
- ☐ Programa de Prevención de la Diabetes **(prediabetes)**
- ☐ Alimentación, peso y ejercicio sanos
- ☐ Salud del corazón
- ☐ Crianza de los hijos
- ☐ Embarazo y parto
- ☐ Dejar de fumar
(Nos asociamos con Kick It California. Si esta casilla está seleccionada, llamarán directamente al miembro. Se requiere un número de teléfono válido).



Identificación médica

Elija el tipo de identificación:

- ☐ Pulsera ☐ Collar

Elija las afecciones:

- ☐ Asma
 - ☐ Niño ☐ Adulto
- ☐ Diabetes
 - ☐ Niño ☐ Adulto

Nombre (personal): _____

Número de identificación de miembro de Alliance: _____

Nombre del niño (si corresponde): _____

Número de identificación de miembro del niño: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Firma: _____

(Firma del padre/madre/tutor si se firma en nombre de un niño)

Puede acceder al formulario en línea en el portal para miembros de Alliance en www.alamedaalliance.org, o enviar un formulario completado por correo a:

Alliance Health Programs • 1240 South Loop Road, Alameda, CA 94502

Número de teléfono: 1.510.747.4577 • Número gratuito: 1.855.891.9169

Personas con impedimentos auditivos y del habla (CRS/TTY):

711/1.800.735.2929

H2035_26_02688_D-SNP_MBR_WPMRF_C Accepted 10142025



Materiales escritos

- ☐ Instrucción anticipada (*poder legal médico*)
- ☐ Abuso del alcohol y otras sustancias
- ☐ Ansiedad, depresión y estrés
 - ☐ Niño ☐ Adolescente ☐ Adulto
- ☐ Análisis aplicado de la conducta (Applied Behavior Analysis, ABA)
- ☐ Asma
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Anticoncepción
- ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
- ☐ Recetario (Sabores multiculturales)
- ☐ Diabetes
- ☐ Violencia doméstica
- ☐ Alimentación, peso y ejercicio sanos
 - ☐ Niño ☐ Adulto
- ☐ Salud del corazón
- ☐ Crianza de los hijos
- ☐ Embarazo
- ☐ Atención preventiva
- ☐ Dejar de fumar
- ☐ Seguridad
 - ☐ Niño ☐ Adulto
- ☐ Salud sexual

Idioma que escribe: _____

Idioma que habla: _____

Los materiales solicitados se le enviarán por correo. ¿De qué otra forma puede Alliance comunicarse con usted? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

☐ Teléfono: _____

☐ Correo electrónico: _____

☐ Mensaje de texto: _____



HE_MBR_WPM REQ FORM 09/2024
HED W-1 09/2025