

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 CLASES Y PROGRAMAS

- Asma
- Apoyo para la lactancia
- RCP/primeros auxilios
- Diabetes
- Programa de Prevención de la Diabetes (*prediabetes*)
- Alimentación, peso y ejercicios sanos
- Salud del corazón
- Crianza de los hijos
- Embarazo y parto
- Deje 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



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 (ABA)
- Asma
- Dolor de espalda
- Anticoncepción
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, EPOC)
- Diabetes
- Violencia doméstica
- Alimentación, peso y ejercicios sanos
 - Niño
 - Adulto
- Salud del corazón
- Crianza de los hijos
- Embarazo
- Atención preventiva
- Dejar de fumar
- Seguridad
 - Niño
 - Adulto
- Salud sexual

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*)

Idioma que escribe: _____

Idioma que habla: _____

Los materiales solicitados se le enviarán por correo. ¿Hay alguna otra forma en que Alliance pueda comunicarse con usted?

Seleccione todas las opciones que correspondan:

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Mensaje de texto: _____

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:

Programas de Salud de Alliance • 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**

ALAMEDA
Alliance
FOR HEALTH

HE_MBR_WPM REQ FORM 08/2024
HED W-1 07/2024