

# Serie de talleres de Better Choices, Better Health®

Cornell Cooperative Extension of Suffolk County

Correo electrónico: jsj79@cornell.edu

Enviar referidos por fax a: 631-727-3162

¿Tiene preguntas? Llame al: 631-727-7850 ext: 340



Cornell University  
Cooperative Extension  
of Suffolk County  
*Family Health and Wellness Program*

Auto referido

Referido del proveedor

## Información del participante [ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA]

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento. \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ o número de identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Medicaid  Medicare  Otro

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Mejor hora para contactarse: \_\_\_\_\_

¿Podemos dejar un mensaje?  Sí  No

Correo electrónico (si lo tiene): \_\_\_\_\_

Idioma:  Inglés  Español  Otro (especifique) \_\_\_\_\_

## DIABETES



taller de 6 semanas

Comprendo que Cornell Cooperative Extension le informará a mi proveedor acerca de mi participación en la serie de talleres de Better Choices, Better Health.

Firma del participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....

## Información del proveedor de atención primaria

Nombre del proveedor de atención primaria \_\_\_\_\_

Nombre de la práctica de atención primaria \_\_\_\_\_

Persona de contacto de la práctica \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_