



## **Programa *Tomando Control de su Salud* de Oregón**

---

### **Bienvenido**

---

**Le agradecemos por dedicar unos minutos para responder unas pocas preguntas. Aunque puede dejar sin responder cualquier pregunta, lo animamos a completar todo el formulario de Información sobre el Participante. El resumen de los datos de todos los participantes nos ayudará a demostrar de qué manera este programa está ayudando a las personas que más se beneficiarán del mismo. Sus respuestas son muy útiles.**

**Este formulario de Información sobre el Participante contiene preguntas básicas sobre usted. También le pide que dé su nombre, pero sólo para relacionar su información con su asistencia. Su nombre no se registrará en ninguna base de datos. Si lo desea, en vez de dar su nombre completo, puede dar su apellido y la inicial de su nombre, y el líder del programa registrará su asistencia usando el nombre que usted dé.**

**Su formulario será confidencial. Sus respuestas no afectarán ninguno de los servicios o programas que usted está recibiendo. Si tiene alguna duda sobre las preguntas del formulario, consulte con su líder.**

**Le agradecemos nuevamente por dedicar parte de su tiempo para llenar este importante formulario de Información sobre el Participante.**