



**-Affix form label here-**

Member ID: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Usted ha sido parte de La Mujer y Su Salud (Women's Health Initiative, WHI) durante muchos años y ha realizado un aporte importante a la salud de las mujeres. ¡Gracias por su participación permanente! Una de las metas más importantes de WHI es realizar un seguimiento de su salud hasta el final del estudio. Esta información es fundamental para responder a las preguntas científicas acerca de la salud de las mujeres.

Si bien usted es la mejor fuente de información acerca de su salud, es posible que, en determinado momento, ya no sea capaz de proporcionar esta información fundamental. Le solicitamos que nos proporcione el nombre y la información de contacto de un "apoderado". Un apoderado es una persona que puede informarnos acerca de su salud en caso de que usted no pueda hacerlo debido a una enfermedad grave o la muerte. Es posible que nos haya proporcionado anteriormente la información de contacto de su apoderado; sin embargo, quizás esta información ha cambiado o quizás usted desea designar a otra persona como su apoderado.

Usted debe decidir quién desea que sea su apoderado. Debe ser una persona que la conozca lo suficiente como para informarnos si ha tenido problemas de salud o ha estado hospitalizada. Su apoderado debe ser una persona con la que usted viva o hable con frecuencia. Le haremos a su apoderado las mismas preguntas que usted responde todos los años en su Formulario de Actualización de Historia Clínica, pero esto sucederá solo en el caso de que usted no pueda responderlas sola.

Es importante que le informe a su apoderado que usted le ha elegido para responder a las preguntas acerca de su salud en caso de que usted no pueda hacerlo. Infórmele también que usted ha proporcionado su información de contacto a La Mujer y Su Salud.

***Proporcione la información de contacto de su apoderado a continuación y envíe este formulario junto con sus demás formularios en el sobre adjunto.  
¡Muchas gracias!***

Nombre del apoderado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Núm. de teléfono: \_\_\_\_\_ Otro núm. de teléfono: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la participante

\_\_\_\_\_  
Fecha

***Si desea proporcionar el nombre de un apoderado adicional, anote su información de contacto en el reverso de este formulario.***