



Cornerstones4Care®
Su diabetes, a su manera.

Herramientas de control de la diabetes y apoyo a su disposición. Inscríbese hoy para obtener apoyo GRATIS para la diabetes con Cornerstones4Care®.



Comuníquese en español con un educador certificado

Llamadas telefónicas personalizadas de los educadores en diabetes (en español) y apoyo continuo, para ayudarlo en cada paso



Herramientas para la planificación de comidas

Recetas latinas sabrosas y saludables para personas con diabetes



Videos informativos

Videos informativos de expertos y personas como usted

Inscribirse es fácil. Sólo complete este formulario.

Todos los campos que tienen asteriscos (*) son **OBLIGATORIOS**.

* Tengo diabetes o Cuido a alguien que tiene diabetes

* Nombre _____ * Apellido _____

Inicial del Segundo nombre _____

* Dirección 1 _____

Dirección 2 _____

* Ciudad _____ * Estado _____ * Código Postal _____

* Dirección de correo electrónico _____

* Fecha de nacimiento mm/dd/aaaa ____ / ____ / ____

* ¿Qué tipo de diabetes tiene usted o la persona a la que cuida?
(Marque una opción)

Tipo 2 Tipo 1 No sé

* ¿Qué tipo de medicina para la diabetes se le recetó?
(Marque todas las que aplican)

Insulina Medicinas GLP-1
 Ninguna Otra
 Píldoras para la diabetes (también se conocen como antidiabéticos orales, o ADO)

* Si marcó "Insulina", "Medicinas GLP-1" u "Otra",
por favor complete aquí para cada una:

Producto 1: _____

¿Cuánto tiempo hace que toma este producto?

Recetado pero sin comenzar 7-12 meses
 0-3 meses 1-3 años
 4-6 meses 3 o más años

Producto 2: _____

¿Cuánto tiempo hace que toma este producto?

Recetado pero sin comenzar 7-12 meses
 0-3 meses 1-3 años
 4-6 meses 3 o más años

Número de teléfono:

(_____) _____ - _____

Al brindar mi número de teléfono, yo **ACEPTO** recibir llamadas de Novo Nordisk.

Novo Nordisk Inc. ("Novo Nordisk") entiende que es muy importante proteger su información personal y de la salud. No compartimos ninguna información identificable personal o de su salud proporcionada por usted con terceros para su propio uso comercial.

Entiendo que las Políticas de Privacidad de Novo Nordisk pueden modificarse de vez en cuando. Para la versión más reciente de las Políticas de Privacidad, por favor visite: www.C4CPrivacy.com.

Consiento que la información que brindo puede ser utilizada por Novo Nordisk, sus afiliados o proveedores para mantenerme informado/a sobre los productos, servicios de apoyo al paciente, ofertas especiales u otras oportunidades que puedan interesarme a través del correo, del correo electrónico o por teléfono. Novo Nordisk también puede combinar la información que proporciono con la información de terceros para hacer coincidir mejor estas ofertas con mis intereses. Estos materiales pueden contener información que comercializa o publicita productos, bienes o servicios de Novo Nordisk. Puedo darme de baja en cualquier momento haciendo clic en el enlace "unsubscribe" (cancelar suscripción) en los mensajes de correo electrónico que recibo, llamando al 1-877-744-2579, o enviando una carta con mi pedido a Novo Nordisk Inc., 800 Scudders Mill Road, Plainsboro, New Jersey, 08536 USA. Al proporcionar mi información a Novo Nordisk y firmando y fechando a continuación, certifico que tengo al menos dieciocho (18) años y acepto los términos anteriores.

* **Firma del paciente** _____

* Fecha mm/dd/aaaa ____ / ____ / ____

3 formas fáciles de inscribirse:

1. Envíe el formulario completo por fax al 866-549-2016
2. Envíe el formulario completo por correo electrónico a C4Csignup@hartehanks.com
3. Llame al 888-208-3956 y siga las instrucciones de voz

