

Aplicación para la Certificación Estatal de los Trabajadores de la Salud Comunitaria a través de: Procesos de Entrenamiento de Capacidades Centrales o Eximición

Sección 1 A: Requisitos de Elegibilidad del Entrenamiento de Capacidades Centrales

1. Prueba de que el aplicante tiene al menos 18 años, sometiendo una copia a color del ID con foto (p.ej. ID provista por el gobierno o Tarjeta de Certificación de Sangre Indígena)
2. Verificación de educación, incluyendo documentación de que el aplicante al menos tiene diploma de escuela superior o su equivalencia.
3. Verificación en el dominio de las capacidades centrales ofreciendo un certificado de compleción de un Departamento de Salud, Programa de Entrenamiento Certificado de la Oficina de los Trabajadores de la Salud Comunitaria (NMDOH/OCHW) u otros programas de entrenamientos endosados en NM conteniendo un componente de examinación para cada capacidad central. Incluya copias de los Certificados de Compleción provistos por la organización de entrenamiento.

***NOTA: Para aplicar mediante el Entrenamiento de Capacidades Centrales, llene lo siguiente: Información del Aplicante, Educación y Entrenamiento Previo, Entrenamiento de Capacidades Centrales, Información de Empleo/Voluntariado, Listado de Especialidades y Declaración Firmada.**

Sección 1 B: Requisitos de Elegibilidad para la Eximición

1. Prueba de que el aplicante tiene al menos 18 años, sometiendo una copia a color del ID con foto (p.ej. ID provista for el gobierno o Tarjeta de Certificación de Sangre Indígena)
2. Verificación en el dominio de las capacidades centrales a través de entrenamiento y/o experiencia, firmada por un supervisor actual o previo
3. Documentación de 2000 horas de experiencia de trabajo y/o voluntariado como un CHW en los 2 (dos) años previos a la aplicación o documentación empleo de por lo menos la mitad pagada o voluntariado como un CHW en los 5 (cinco) años previos a la aplicación. Usted tiene que verificar que tiene la experiencia paga/voluntariado antes del 21 de mayo de 2014.
4. Dos cartas de referencia.
5. Verificación de certificados de entrenamiento de especialidad que usted haya completado exitosamente y que le puedan cualificar para ser considerado(a) como especialista I, II, o III.

***NOTA: Para aplicar mediante el proceso de Eximición, llene lo siguiente: Información del Aplicante, Educación y Entrenamiento Previo, Información de Empleo/Voluntariado, Verificación de Dominio como Generalista, Listado de Especialidades y Declaración Firmada.**

Sección 2: Certificación de Niveles y Cargos

Los aplicantes pueden ser certificados en los siguientes niveles:

- **Generalista: \$45**, un aplicante que cumple con los requisitos de elegibilidad para certificación mediante eximición (vea Sección 1).
- **Especialista I: \$55**, un aplicante quien ha sido certificado primeramente como Generalista y ha recibido entrenamiento formal en un campo de especialidad.
- **Especialista II: \$65**, un aplicante quien ha sido certificado primeramente como Generalista y ha recibido entrenamiento formal en dos campos de especialidad.
- **Especialista III: \$75**, un aplicante quien ha sido certificado primeramente como Generalista y ha recibido entrenamiento formal en tres o más campos de especialidad.

***NOTA: Todos los aplicantes necesitarán una verificación de antecedentes penales. Espere hasta recibir su carta de aceptación por OCHW que incluye instrucciones para registrarse con Congent.ID para tomar sus huellas digitales. La verificación de antecedentes penales tiene un cargo de \$44.00 pagado por internet al momento de registración.**

Sección 3: Guías de Sumisión

- El cargo tiene que ser sometido con la aplicación en la forma de cheque personal, giro postal o cheque de gerente.
- **Ninguno de los cargos es reembolsable.**
- Envíe por correo la aplicación, cargo y cualquier documentación adicional requerida a:

**Attn: Office of Community Health Workers
NM Department of Health-Public Health Division
P.O. Box 25307
Albuquerque, NM 87125
Account: XXXXXX7789**

Mantenga copias de todos los materiales sometidos y prueba de envío.

Sección 4: Proceso de Revisión

Línea de Tiempo: El Departamento de Salud (DOH), Oficina de los Trabajadores de la Salud Comunitaria (OCHW) le informará cuando su aplicación haya sido aprobada o denegada (con una explicación) no más tarde a 30 días después de haber sido recibida por OCHW. Si su aplicación es aprobada, se le requerirá que complete una verificación de antecedentes penales. Los resultados de la verificación son confidenciales y son los factores determinantes para ser certificado por el estado de NM.

APLICACIÓN DENEGADA: SU APLICACIÓN PARA CERTIFICACIÓN PODRÍA SER DENEGADA SI ESTÁ INCOMPLETA O SI USTED NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN ENUMERADOS EN LAS REGLAS. SI SU APLICACIÓN ES DENEGADA, USTED RECIBIRÁ UNA EXPLICACIÓN E INSTRUCCIONES DE CÓMO VOLVER A SOMETER OTRA APLICACIÓN.

Renovación de la Certificación: Después de completado el proceso de aplicación y aprobación, se le enviará un certificado que es válido por dos años. Usted tiene que completar 30 horas de educación continua (CEUs) dentro de dos años para ser elegible a recertificación.

Por favor envíe cambios en su dirección o información de contacto a DOH/OCHW para asegurarse que usted recibe el aviso de renovación, y las oportunidades de CEUs. Usted puede contactarnos al número de teléfono o correo electrónico que está a continuación.

Información de Contacto: Para preguntas o información adicional, por favor contacte al personal del programa en Comm.HealthWorker@state.nm.us o al (505) 841-5849-Susan Aranda o (505) 222-8685-Carol Hanson. Para una copia de las reglas y regulaciones, además de otra información sobre certificación, visite el sitio web de la Oficina de los Trabajadores de la Salud Comunitaria en <http://nmhealth.org/go/ochw/>

Información del Aplicante

Nombre:	(Segundo Nombre)	(Apellido)	FDN:
Dirección Permanente:			
Tel. del Hogar:	Celular:	Correo Electrónico:	
Idioma(s) Usados:		Idioma preferido	
Inglés	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Inglés	
Español	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Español	
Otro _____	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Educación y Entrenamiento Previo

Agencia o Escuela	Dirección	Años Completados	Grado o Diploma	Conc.

Certificación, Licencia, o Entrenamiento Especializado

Por favor enumere aquí cualquier certificado, licencia o entrenamiento especializado adicional

Para aplicantes que poseen Licencias o Certificaciones adicionales

Si usted actualmente posee una certificación o licencia en otro campo profesional, ¿alguna vez ha sido sujeto a acción disciplinaria contra su certificación o licencia? ___No ___Sí

En caso afirmativo, por favor explique:

***Si usted está aplicando para certificación a través de Entrenamiento de Capacidades Centrales-DOH
 Enumere TODA la experiencia práctica como CHW o entrenamiento formal***

Entrenamiento de Capacidades Centrales Aprobadas-DOH

Por favor identifique el programa de entrenamiento que usted ha completado **SATISFACTORIAMENTE** que le cualifica como un Trabajador de la Salud Comunitaria. Adjunte una copia del Certificado de Completación del Programa de Entrenamiento NMDOH/OCHW u otro programa de entrenamiento endosado en NM.

Programa de Entrenamiento: _____

Dirección: _____

Fecha del Entrenamiento: _____

Compleción: _____

Historial de Empleo/Voluntariado (Comience con el más reciente)

Nombre del Empleador:		Posición:	
Nombre del Supervisor directo:		Núm. total de horas:	<input type="checkbox"/> Pagado <input type="checkbox"/> Voluntario
Fecha de Empleo: Comienzo:	Terminado:	Razón para dejar el empleo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Teléfono:	Tel. del Supervisor:	Correo electrónico del Supervisor:	

Nombre del Empleador:		Posición:	
Nombre del Supervisor Directo:		Núm. total de horas:	<input type="checkbox"/> Pagado <input type="checkbox"/> Voluntario
Fecha de Empleo: Comienzo:	Terminado:	Razón para dejar el empleo:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Zip:
Teléfono:	Tel. del Supervisor:	Correo electrónico del Supervisor:	

Si necesita espacio adicional, por favor copie esta página.

Generalista: Verificación del Dominio en las Capacidades Centrales

Esta forma es requerida para todos los aplicantes. Se requiere al menos una firma debajo. Copie esta página si más de un supervisor completa esta forma por usted.
 (Para una descripción breve de las capacidades, vaya a la última página de esta aplicación)

Nombre del Apicante			
Capacidad		Proficient Domina	
		Si Yes	No
1	La Profesión de CHW		
2	Comunicación Efectiva		
3	Interpersonal		
4	Clases de Salud		
5	Coordinación de Servicios		
6	Construyendo Capacidades		
7	Defensa		
8	Enseñanza Técnica		
9	Alcance en la Salud Comunitaria		
10	Conocimiento & Evaluación Comunitaria		

Por favor provea una breve descripción del conocimiento y destreza del aplicante en las capacidades centrales y si ellos fueron obtenidos mediante experiencia práctica, entrenamiento, o ambos. (Si necesita espacio adicional, adjunte una página separada)

Nombre del Supervisor

Firma del Supervisor

Lugar de Empleo del Supervisor

Fecha

Verificación de Especialidades

Especialista I: Por favor provea prueba de entrenamiento especializado

Si usted ha completado entrenamiento especializado en un campo en específico, y cumple con los criterios, usted puede aplicar para ser certificado como Especialista I. Complete la tabla a continuación y adjunte los certificados de entrenamiento.

Entrenamiento Especializado	Horas Completadas	Nombre del Entrenamiento	Lugar o Entrenador	Fecha Completado

Especialista II: Por favor provea prueba de entrenamiento especializado

Si usted ha completado entrenamiento especializado en dos campos en específico, y cumple con los criterios, usted puede aplicar para ser certificado como Especialista II. Complete la tabla a continuación y adjunte los certificados de entrenamiento.

Entrenamiento Especializado	Horas Completadas	Nombre del Entrenamiento	Lugar o Entrenador	Fecha Completado

Especialista III: Por favor provea prueba de entrenamiento especializado

Si usted ha completado entrenamiento especializado en tres o más campos en específico, y cumple con los criterios, usted puede aplicar para ser certificado como Especialista III. OCHW reconocerá las primeras tres especialidades enumeradas. Complete la tabla a continuación y adjunte los certificados de entrenamiento.

Entrenamiento Especializado	Horas Completadas	Nombre del Entrenamiento	Lugar o Entrenador	Fecha Completado

Por favor lea la siguiente declaración y firme para indicar que usted entiende y acepta los requisitos de certificación como un Trabajador de la Salud Comunitaria (CHW).

Yo certifico que toda la información ofrecida en este documento es verdadera y completa. Entiendo que ofrecer información falsa o engañosa puede resultar en la denegación, suspensión o revocación de la certificación.

Yo le doy permiso a DOH/OCHW para verificar cualquier información o referencias para poder determinar mis cualificaciones. Entiendo que toda la aplicación y documentación adjunta se convierte en propiedad de DOH y no me será devuelta.

Accedo a cumplir las reglas y regulaciones pertinentes a entrenamiento y certificación de los Trabajadores de la Salud Comunitaria.

Reportaré cualquier cambio en mi información de contacto a DOH/OCHW.

Nombre en letra de molde: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

<ul style="list-style-type: none"> • La Profesión de CHW <ul style="list-style-type: none"> - Describe el ámbito de la práctica/trabajo e historia de la profesión - Describe y utiliza prácticas de auto conocimiento y auto cuidado - Describe el Código de Ética de CHW - Practica activamente la humildad cultural y capacidad
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas de Comunicación Efectiva <ul style="list-style-type: none"> - Observación, comunicación verbal y no verbal - Negociación, mediar y resolver conflictos - Practica atención activa y reflectiva
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas Interpersonales <ul style="list-style-type: none"> - Establece confianza - Demuestra empatía y comprensión - Involucra a los clientes y proveedores de servicios en formas que establecen confianza y entendimiento
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas en Clases de Salud <ul style="list-style-type: none"> - Estrategias de cambio de comportamiento, estrategias de Mantenimiento y Recaída - Habilidad para ofrecer técnicas de entrevista motivacional - Identifica y crea estrategias de intervención usando las etapas del modelo de cambio
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas en Coordinación de Servicios <ul style="list-style-type: none"> - Identifica clientes en alto riesgo o clientes con necesidades no cumplidas - Habilidad para navegar y enlazar clientes con servicios - Entrena a los clientes en cómo dar seguimiento a referidos y ofrece apoyo cuando sea necesario - Registra y mantiene información de los clientes, referidos y citas
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas en Construcción de Capacidades <ul style="list-style-type: none"> - Construye destrezas de liderazgo personal, apoya el desarrollo de destrezas de liderazgo en otros - Promueve y apoya a los clientes, familias y comunidades para obtener, entender y usar la información de salud - Mobiliza individuos, familias y comunidades a identificar y perseguir las metas comunitarias
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas de Defensa <ul style="list-style-type: none"> - Habilidad para hablar representando a individuos y organizaciones - Habilidad para educar sobre salud y sistemas de servicio social y trabajo para cambiar prácticas y políticas - Estar consciente de los retos comunes en los derechos humanos y civiles
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas en Técnicas de Enseñanza <ul style="list-style-type: none"> - Planifica y organiza presentaciones, sesiones de entrenamiento, talleres y otras actividades - Evalúa la efectividad de un programa de entrenamiento - Identifica y explica las metas y objetivos del programa de entrenamiento - Utiliza principios de aprendizaje adulto
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas de Alcance en la Salud <ul style="list-style-type: none"> - Define las comunidades que serán servidas mediante el alcance - Apoya el desarrollo de destrezas de liderazgo en otros - Construye reputación positiva en las comunidades a ser alcanzadas
<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento & Evaluación Comunitaria <ul style="list-style-type: none"> - Identifica el conocimiento y fortalezas de la comunidad - Identifica las necesidades y prioridades de la comunidad - Comparte los resultados con las comunidades en una forma clara y entendible
<ul style="list-style-type: none"> • Destrezas en Apoyo Clínico <ul style="list-style-type: none"> - Presión Arterial: Técnica, Interpretación y Clases - Altura, Peso e IMC: Técnica e Interpretación - Azúcar en la Sangre: Técnica, Interpretación y Clases - A1C- Interpretación y Clases: Peligros del azúcar en la sangre alta y baja, rango ideal de A1C, - Interpretación y Clases en Colesterol: HDL, LDL, Triglicéridos, panel de lípidos, colesterol alto y resultados - Saturación de Oxígeno, Pulso, Rango de Respiración y Temperatura; Técnica e Interpretación y Clases <p style="text-align: center;">Para información adicional sobre los requisitos de las destrezas contacte a la Oficina de los Trabajadores de la Salud Comunitaria en: Comm.HealthWorker@state.nm.us</p>