

El Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Solicitud Inicial para Certificación de Promotor(a) de Salud

Requisitos para certificación:

- Ser mayor de 16 Años
- Actualmente vivir en Texas
- Enviar una fotografía reciente en color que muestra claramente todos los rasgos faciales
- Presentar un formulario de verificación de historial de empleo/voluntario (si corresponde)

1. Todos los campos deben ser rellenados, no deje ningún espacio en blanco, si es necesario rellene con "N/A" (no es aplicable). Se devolverá la solicitud incompleta.

Hay dos opciones para certificarse como promotor (a) de salud. Esta solicitud incluye ambas opciones. Llene sólo el método/sección que se aplica a usted.

Opción 1: Solicitud basada en finalizar un curso de capacitación aprobado por el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) (Sección VI).

- Llene esta sección si usted ha concluido un curso de certificación de promotor (a) de salud (CHW) aprobado por el DSHS.
- Incluya con su solicitud una copia del certificado otorgado por haber completado el curso de capacitación.

Opción 2: Solicitud basada en la Experiencia (Sección VII).

- Llene esta sección si usted ha desempeñado por lo menos 1,000 horas de servicios de salud comunitaria dentro de los tres años anteriores.
- Indique su experiencia de trabajo (voluntario o remunerado) correspondiente a los seis años anteriores que demuestre competencia en ocho competencias áreas del Promotor(a) de Salud (CHW).
- El DSHS verificará su experiencia de trabajo de salud comunitaria con las referencias de supervisor indicadas en su solicitud.
- Verificación de empleo/historial de voluntarios – el formulario debe ser completado por su supervisor(a) y presentado con la solicitud.

2. Envíe por correo postal, correo electrónico o fax la solicitud y los documentos necesarios:

<p>Envíe por correo postal a: Texas Department of State Health Services P.O. Box 149347 MC1945 Attn: CHW Training and Certification Program Austin, Texas 78714-9347</p>	<p>Envíe por correo electrónico a: chw@dshs.texas.gov Envíe por fax a: 512-776-7555</p>
---	---

El Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

3. Envíe por correo electrónico una reciente fotografía en color a chw@dshs.texas.gov o envíela por correo postal a la dirección mencionada anteriormente. La fotografía debe tener fondo claro y mostrar claramente los rasgos faciales, de manera similar a una fotografía de pasaporte.
4. **Plazos:** El DSHS le informará si su solicitud es aprobada, es rechazada o está incompleta en un plazo de 90 días.
5. **Denegación de certificación:** El DSHS puede rechazar su solicitud de certificación por alguno de los siguientes motivos:
 - La solicitud está incompleta.
 - Usted no cumple los requisitos para la certificación establecidos en las reglas.
 - Ha proporcionado la información falsa sobre la aplicación.

Información importante

El DSHS le enviará por correo su aviso de certificación y cualquier correspondencia a la dirección indicada en su solicitud.

Conserve para sus registros una copia de toda la información y de la solicitud para la certificación completada.

De acuerdo con la ley de Texas, la solicitud de certificación o licencia es un documento público.

Para más información, visite: www.dshs.texas.gov/chw.aspx

Información de contacto: Si tiene preguntas o para más información, por favor envíe un mensaje de correo electrónico al personal del programa a CHW@dshs.texas.gov.

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Competencias básicas del Promotor(a) de Salud (CHW)

Habilidades de Comunicación

- Comprender los principios básicos de la comunicación verbal y no verbal
- Escuchar con atención, comunicarse con empatía y recoger información de una manera respetuosa
- Hacer buen uso del lenguaje con toda confianza y de forma adecuada
- Identificar las barreras que afectan a la comunicación
- Brindar información a clientes y grupos de una manera clara y breve
- Hablar y escribir en el idioma preferido del cliente y al nivel cultural correspondiente
- Probar con documentos actividades y servicios realizados y preparar documentación escrita
- Recopilar datos y dar comentarios a agencias de salud y servicios humanos, fuentes de financiamiento y organizaciones basadas en la comunidad
- Recoger información de manera respetuosa
- Asistir en la interpretación y/o traducción de la información de salud

Habilidades Interpersonales

- Representar a otras personas, sus necesidades y las necesidades de la comunidad
- Ser sensible, honesto, respetuoso y tener buena predisposición hacia los demás
- Establecer relaciones con clientes, proveedores y otras personas
- Ayudar a personas y grupos a resolver conflictos
- Comprender los principios básicos de la cultura, la competencia cultural y la humildad cultural
- Reconocer las creencias, valores, culturas e idiomas de las poblaciones atendidas con el fin de actuar de la forma más adecuada
- Establecer normas de conducta personal y profesional
- Dar apoyo social y orientación informal (por ejemplo, entrevista motivacional)
- Trabajar como miembro de un equipo
- Actuar dentro de las responsabilidades éticas como se indica en las Reglas sobre la Capacitación y Certificación de Promotores de Salud, Sección §146.7. Estándares profesionales y éticos www.dshs.texas.gov/mch/chw/progrule.aspx
- Mantener la confidencialidad de la información de los clientes y actuar según La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPPA, por sus siglas en inglés)
- Ser modelo del cambio de conducta
- Tener aptitud de establecer redes

Habilidades de Coordinación de Servicios

- Identificar y acceder a los recursos y mantener un inventario de recursos actualizado
- Ayudar a mejorar el acceso a los recursos
- Realizar actividades de alcance para animar la involucración en eventos de salud
- Coordinar las actividades de promotor(a) de salud con servicios clínicos y otros servicios a la comunidad
- Formar coaliciones y redes de trabajo para atender las necesidades de la comunidad
- Coordinar referencias y seguimientos, seguir el cuidado de la salud y rastrear los resultados de referencia
- Ayudar a otras personas a encontrar servicios y recursos en sistemas de salud y servicios humanos
- Brindar educación, evaluación y apoyo social a clientes y comunidades

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Habilidades de Desarrollo de Destrezas

- Identificar problemas y recursos para alentar y ayudar a los clientes a resolver problemas por sí mismos
- Hacer equipo o establecer alianzas con asociaciones locales para mejorar los servicios, formar redes y crear conexiones con la comunidad
- Aprender nuevas y mejores maneras de prestar servicio a la comunidad por medio de capacitación formal e informal
- Realizar una valoración de las fortalezas y las necesidades de la comunidad
- Expandir las destrezas de liderazgo para usted y los demás en la comunidad
- Ser un facilitador de grupos de apoyo
- Organizarse con otros en la comunidad para dirigir temas de salud u otras necesidades/inquietudes

Habilidades de Abogacía

- Participar a fin de organizar a otras personas, los recursos existentes y los datos actuales para promover una causa
- Identificar y trabajar con grupos de abogacía y promoción de la causa
- Informar a los sistemas de servicios de salud y sociales y presentar los informes requeridos
- Mantenerse actualizado sobre los cambios estructurales y de políticas en la comunidad, así como en los sistemas y servicios de salud y servicios sociales
- Hablar a favor de personas o comunidades a fin de resistirse a la intimidación y otras barreras
- Utilizar estrategias para lidiar con el estrés y sobrellevarlo y mantenerse saludable

Habilidades de Enseñanza

- Utilizar herramientas y actividades educativas que promuevan el aprendizaje y el cambio saludable en el estilo de vida
- Utilizar una variedad de técnicas de trabajo interactivas de enseñanza e instrucción para distintos estilos de aprendizaje y edades (por ejemplo, trabajo en grupo, estudio de casos, platicas breves)
- Desarrollar y organizar materiales informativos de presentación
- Identificar e introducir las metas y objetivos que guían la capacitación y educación
- Planear, facilitar o dirigir clases
- Evaluar el éxito de un programa educativo y medir el progreso individual del estudiante
- Utilizar recursos y equipos audiovisuales para mejorar la enseñanza
- Preparar y distribuir materiales educacionales y realizar actividades de promoción de salud y prevención en eventos comunitarios y de promoción de la salud
- Dirigir y coordinar platicas en grupos de trabajo y la toma de decisiones de forma que involucre e anime a los estudiantes

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Habilidades de Organización

- Planear y establece metas a nivel individual y de organización
- Planear y preparar presentaciones, sesiones educativas/de capacitación, talleres y otras actividades
- Manejar el tiempo de manera eficiente y acomodar actividades por orden de importancia, al mismo tiempo de mantener la flexibilidad
- Mantener y contribuir a un ambiente seguro en el sitio de trabajo
- Recoger información, documentar e presentar los resultados de actividades dentro de normas legales y de organización

Base de Conocimiento en Temas de Salud Específicos

- Adquirir y compartir conocimientos básicos de la comunidad, los servicios de salud y sociales, y temas específicos de salud
- Comprender los determinantes sociales de la salud y desigualdades sociales en salud
- Mantenerse actualizado en temas de salud que afecten a los clientes y saber dónde encontrar respuestas a preguntas difíciles
- Comprender los derechos del consumidor
- Encontrar información sobre temas y problemas de salud específicos en todas las edades [enfoque en el período de vida], incluidos hábitos de vida saludables, salud materna e infantil, enfermedades cardíacas y accidentes cerebrovasculares, diabetes, cáncer, salud oral y salud mental
- Usar y poner en práctica los conceptos de salud pública

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Lista de verificación para la solicitud

Utilizar la lista de verificación a continuación para garantizar que su solicitud esté completa.

Sección I. Información personal

Sección II. Educación

Sección III. Afiliación a redes o asociaciones

Sección IV. Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas

Sección V. Empleo o trabajo voluntario actual

Sección VI. Opción 1

Solicitud basada en haber completado el curso de capacitación certificada por el DSHS


Se adjunta a la solicitud una copia del certificado otorgado por haber completado el curso.

**Sección VII. Opción 2,
Solicitud basada en la experiencia**

La solicitud documenta al menos 1,000 horas de experiencia, dentro de los tres años anteriores, que demuestra competencia en ocho áreas.

Formulario de verificación de empleo/historial de voluntarios – Presentado con la solicitud.

Sección VIII. Firma de la solicitud – Solicitud está firmada y fechada.

<p>Fotografía en color (cara completa)</p> <p><input type="checkbox"/> La fotografía en color fue enviada por correo electrónico a chw@dshs.texas.gov</p> <p>O</p> <p><input type="checkbox"/> Se adjunta fotografía en color.</p>	
<p>Envíe sus preguntas sobre la solicitud de CHW por correo electrónico a: chw@dshs.texas.gov</p>	

Conserve una copia de todos los materiales presentados para sus registros.



El Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Solicitud Inicial para Certificación de Promotor(a) de Salud

Sección I. Información personal (Por favor escriba toda la información con tinta en letra de imprenta o a máquina)

Apellido						Nombre						Segundo Nombre															
Dirección particular (Calle y número)				Apt. #		Ciudad				Estado				Código postal		Condado											
Dirección postal (si es distinta de la dirección particular)						Ciudad				Estado				Código postal		Condado											
Teléfono móvil/celular						Teléfono particular						Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No tengo dirección de correo electrónico personal															
Fecha de nacimiento (Mes/día/año)						Dirección de correo electrónico personal																					
Raza/Etnia																											
<input type="checkbox"/> Nativo(a) Americano(a)/de Alaska						<input type="checkbox"/> Asiático/a						<input type="checkbox"/> Hispano(a)/Latino(a)						<input type="checkbox"/> Blanco									
<input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái/Otra isleña del Pacífico						<input type="checkbox"/> Otra (especificar)																					
<input type="checkbox"/> Negro(a)/Afroamericano(a)																											
Idioma(s) utilizado(s)																											
Inglés				<input type="checkbox"/> Hablar				<input type="checkbox"/> Leer				<input type="checkbox"/> Escribir				Idioma preferido para correspondencia:				<input type="checkbox"/> Inglés				<input type="checkbox"/> Español			
Español:				<input type="checkbox"/> Hablar				<input type="checkbox"/> Leer				<input type="checkbox"/> Escribir				(Especificar otro idioma)											
Otro:				<input type="checkbox"/> Hablar				<input type="checkbox"/> Leer				<input type="checkbox"/> Escribir															

Sección II. Educación (Estados Unidos u otro país)

Nivel máximo de educación completado (marcar uno)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kinder – 12 ^o grado | <input type="checkbox"/> Estudios superiores no completados |
| <input type="checkbox"/> Título de Preparatoria o título de Desarrollo de Educación General (GED) | <input type="checkbox"/> Título universitario |
| <input type="checkbox"/> Título de Escuela Secundaria o Técnico | <input type="checkbox"/> Título avanzado como Maestría o Doctorado |

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Sección III. Afiliación a redes o asociación					
¿Es usted miembro de una red o asociación de CHW? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre de la red o asociación: _____					
Sección IV. Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas					
Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas vigente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre de licencia/certificado _____			Número de Certificado _____		
<input type="checkbox"/> Certificación de Promotora de Salud/CHW del Estado de Texas caducada (indique número de certificado, si lo conoce, y fecha de caducidad)					
Número de Certificado _____		Fecha de vencimiento _____			
Sección V. Empleo o trabajo voluntario actual					
<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Trabajo voluntario <input type="checkbox"/> Ninguno ¿Es una posición de Promotor(a)/CHW? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre de la organización (Trabajo voluntario o empleo) _____					
Dirección (calle y número) _____		Ciudad _____	Estado _____	Código postal _____	Condado _____
Nombre del supervisor _____		Cargo del supervisor _____			
Tipo de organización (marcar una)					
<input type="checkbox"/> Organización basada en la comunidad		<input type="checkbox"/> Departamento de salud local			
<input type="checkbox"/> Colegio / Universidad / Escuela		<input type="checkbox"/> Atención de la salud a domicilio / Centro de atención a largo plazo			
<input type="checkbox"/> Organización basada en la fe		<input type="checkbox"/> Agencia del estado			
<input type="checkbox"/> Clínica / Hospital / Servicio de emergencia		<input type="checkbox"/> Seguro/plan de salud			
<input type="checkbox"/> Ventas / Manufactura		<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____			
<input type="checkbox"/> Organización sin fines de lucro					
Título de trabajo actual _____			Teléfono laboral _____		
Dirección de correo electrónico laboral _____					
Condición de trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Pagado					
Si es remunerado, ¿Cuánto gana por hora? <input type="checkbox"/> Menos de \$9.00 <input type="checkbox"/> \$9.00 - \$15.00 <input type="checkbox"/> \$15.01 - \$25.00 <input type="checkbox"/> \$25.01 o más					

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Sección VI. Solicitud basada en haber completado el curso de capacitación certificado por el DSHS

Completé un curso de certificación de promotor(a) de salud aprobado por el DSHS.

(MES/DÍA/AÑO)

Fecha en que se completó la capacitación

Se adjunta certificado

Organización patrocinadora / Programa de capacitación

Instructor

Aprendizaje a distancia

Lugar de capacitación (Ciudad)

Pase a la sección VIII si completo un curso de certificación aprobado por el DSHS

Sección VII. Solicitud basada en la experiencia

Presentando una solicitud para personas que llevaron a cabo al menos 1,000 horas de servicio de trabajo comunitario de salud en los tres años anteriores. Indique su experiencia de trabajo (voluntario o remunerado) que demuestre competencia en las ocho áreas de competencia de Promotora de Salud. Si necesita espacio adicional para documentar su experiencia, por favor haga copias de estas páginas.

Verificación de la forma de empleo/historial de voluntarios requerida cuando se aplica basándose en la experiencia. El formulario se puede encontrar después de la página de firma.

Fecha(s) de experiencia:

Fecha de inicio
(mes/año)

-a-

Fecha de
finalización
(mes/año)

Nombre de la organización/agencia

Título de Trabajo

Nombre del supervisor

Título del supervisor

Teléfono del supervisor

Ext.

Dirección de la agencia (calle y número)

Ciudad

Estado

Código postal

¿Al menos 1,000 horas de servicio de CHW? Sí No

Si la respuesta es "no",
¿cuántas horas?

Obligaciones laborales Describa qué hace/hizo como promotor(a) de salud. (Marque todas las opciones que correspondan)

Comunicación

- Escuchar activamente, comunicarse con empatía y recopilar información de una manera respetuosa
- Hablar y escribir en el idioma preferido de los clientes y con el nivel de alfabetización correspondiente
- Documentar actividades y servicios realizados y preparar documentación escrita
- Garantizar la interpretación de idiomas o el acceso a servicios de traducción

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Interpersonales

- Establecer relaciones y ayudar en la resolución de conflicto individuales y grupales
- Reconocer y responder correctamente a las creencias, valores, culturas e idiomas de las poblaciones atendidas
- Proporcionar orientación informal
- Mantener la confidencialidad de la información de los clientes y actuar dentro de lo establecido por la HIPAA, cuando corresponda

Coordinador de servicios

- Identificar y acceder a los recursos
- Ayudar a mejorar el acceso a los servicios y recursos
- Ayudar a conectar a las personas con los servicios y hacer un seguimiento
- Evaluar las necesidades de los clientes utilizando enfoques basados en las fortalezas

Desarrollo de Destrezas

- Identificar problemas y recursos para alentar y ayudar a los clientes a resolver problemas por sí mismos
- Colaborar con las asociaciones locales a mejorar los servicios, la red y construir conexiones comunitarias
- Evaluar las fortalezas y las necesidades de la comunidad
- Generar habilidades de liderazgo para usted y otras personas en la comunidad

Abogacía

- Participar a fin de organizar a otras personas, utilizar recursos existentes y datos actuales para promover una causa
- Identificar y trabajar con grupos de defensoría
- Mantenerse actualizado sobre los cambios estructurales y de políticas en la comunidad, así como en los sistemas de servicios sociales y en servicios de salud
- Expresarse en nombre de personas o comunidades a fin de superar la intimidación y otras barreras

Enseñanza

- Utilizar métodos que promuevan el aprendizaje y el cambio positivo en la conducta
- Utilizar una variedad de métodos de enseñanza e instrucción para distintos estilos de aprendizaje y edades
- Planificar y dirigir clases
- Evaluar el éxito de un programa educativo y medir el progreso individual del estudiante

Organización

- Planificar y fijar metas a nivel individual y de organización
- Planificar y preparar presentaciones, sesiones educativas/de capacitación, talleres y otras actividades
- Administrar el tiempo con eficacia y priorizar actividades, al mismo tiempo de mantener la flexibilidad
- Recopilar, documentar e informar sobre actividades dentro de normas legales y de organización

Base de Conocimiento en Temas de Salud Específicos

- Adquirir y compartir conocimientos básicos de la comunidad, los servicios sociales y de salud, y temas específicos de salud
- Comprender los determinantes sociales de la salud y desigualdades en cuanto a la salud
- Mantenerse actualizado en temas de salud que afecten a los clientes y saber dónde encontrar respuestas a preguntas difíciles
- Usar y aplicar los conceptos de salud pública

Programa de Capacitación y Certificación de Promotor(a) de Salud

Sección VIII. Firma de la solicitud

Por favor lea las siguientes declaraciones atentamente. Firme o escriba su nombre con letra de imprenta a continuación, en el espacio provisto, para indicar su entendimiento y aceptación de estos enunciados.

- Yo certifico que toda la información proporcionada por mí en relación con esta solicitud es auténtica y completa. Entiendo que proveer información falsa o engañosa que se utiliza para determinar mis calificaciones puede dar lugar a la anulación de la solicitud y al no otorgamiento de un certificado o a la revocación de cualquier certificado otorgado. Así mismo, puede dar lugar a un proceso penal por adulterar un registro gubernamental según el artículo 37.10 del Código Penal de Texas.
- Estoy de acuerdo de cumplir el Código de Salud y Seguridad, Capítulo 48, así como las reglas relativas a la capacitación y certificación de promotores(as) o trabajadores(as) comunitarios(as) de la salud, 25 TAC artículos 146.1-146.8, que se encuentran en www.dshs.texas.gov/chw.aspx. Llame al 512-776-2570 o al 512-776-2624 para solicitar una copia.
- Otorgo al DSHS mi permiso para verificar cualquier información o referencias, las cuales son importantes para determinar mis calificaciones.
- En caso de revocación o suspensión del certificado, procederé a devolver el certificado y la(s) tarjeta(s) de identificación al DSHS.
- Entiendo que la solicitud y la documentación de respaldo presentadas pasan a ser propiedad del DSHS y no son retornables.
- Informaré al DSHS mi dirección vigente dentro de los 30 días de cualquier cambio de dirección.
- Reconozco que esta Solicitud de Certificación no es un contrato entre mi persona y el DSHS y no me convierte en empleado, agente, contratista o representante del DSHS.

Firma

Fecha

Envíe por correo postal, correo electrónico o fax a:

Envíe por correo postal a:

Texas Department of State Health Services
P.O. Box 149347 MC1945
Attn: CHW Training and Certification Program
Austin, Texas 78714-9347

Envíe por correo electrónico a:

chw@dshs.texas.gov

Envíe por fax a:

512-776-7555

Envíe por correo electrónico una fotografía en color con su nombre completo y la fecha en que se envió la solicitud a chw@dshs.texas.gov o envíela por correo a la dirección mencionada anteriormente.

El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas otorga certificación a promotores de Salud/Community Health Workers con las habilidades y competencias necesarias por haber completado la capacitación y/o haber obtenido la experiencia correspondiente. Los empleadores son responsables de verificar la información o los antecedentes personales de los solicitantes.

NOTIFICACIÓN SOBRE PRIVACIDAD

Con pocas excepciones, usted tiene derecho a solicitar la información que el Estado de Texas recopila sobre usted, así como a ser informado sobre esta. Usted tiene derecho a recibir y a revisar la información si así lo solicita. Así mismo, tiene derecho a solicitar a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Visite www.dshs.texas.gov para obtener más información sobre la Notificación sobre Privacidad. (Referencia: Código de gobierno, Artículos 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente

Continúe en la página siguiente, página de verificación de empleo/voluntario.



Request for Verification of Experience (paid or unpaid)

Form must be submitted with Application

TO BE COMPLETED BY SUPERVISOR(S) LISTED IN SECTION VII – APPLICATION BASED ON EXPERIENCE:

Business Name: _____ **Telephone#:** _____

Business Address: _____

Employed from: ___/___/___ **to** ___/___/___

Check if currently employed or volunteering

Applicants Name: _____

Applicants Title: _____

MUST BE SIGNED BY SUPERVISOR:

Supervisors Name (please print)

Title

Supervisor’s Signature

Date

Note – One form must be submitted per experience reference.