**Solicitud Inicial de Certificación para Instructores de Promotores de Salud**

**Requisitos para certificación:**

* Ser mayor de 18 años
* Actualmente vivir en Texas
* Enviar fotografía reciente en color que muestra claramente rodos los rasgos faciales
* Incluir in currículum
* 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 instructor(a) de promotores de salud. Esta solicitud incluye ambas opciones. Llene solo el método/sección que se aplica a usted.

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

* Llene esta sección si usted ha concluido un curso de certificación de instructores de promotores de salud/CHWs aprobado por el DSHS en las ocho competencias basicas.
* Incluya con su solicitud, una copia del certificado otorgado por haber completado el curso de certificación para instructores.
* Incluya una copia de su currículo.

**Opción 2: Solicitud basada en la Experiencia (Sección VIII y IX)**

* Llene esta sección si usted ha realizado al menos 1,000 horas de enseñanza o capacitación a promotores, CHWs, u otros profesionales o paraprofesionales de la salud.
* Indique su experiencia de trabajo (voluntario o renumerado) correspondiente a los tres (3) años anteriores que demuestre enseñanza a promotores, CHWs, u otros profesionales o paraprofesionales en ocho competencias básicas de promotores de salud.
* El DSHS verificara su experiencia de instructor(a) con las referencias de supervisor indicadas en su solicitud.
* Incluya un formulario completo de verificación de empleo/historial de voluntarios junto con su solicitud, el formulario debe ser completado por su supervisor(a) y presentado con la solicitud.
* Incluya una copia de su currículum.

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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.](mailto:chw@dshs.)texas.gov  **Envíe por fax a:**  512-776-7555 |

1. Envíe por correo electrónico una fotografía en color reciente a [chw@dshs.](mailto: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. No envíe una fotografía de la licencia de conductor.
2. **Plazos:** El DSHS le informará si su solicitud es aprobada, es rechazada o está incompleta en un plazo de 90 días.
3. **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 en la solicitud.

**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:

<http://www.dshs.texas.gov/mch/chw/Community-Health-Workers_Program.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.](mailto:CHW@dshs.)texas.gov.

|  |
| --- |
| **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   * Sersensible, 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 <http://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 promotoría 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 |

|  |
| --- |
| **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 |

|  |
| --- |
| **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 |

**Lista de Verificación de Solicitud**

Utilice esta lista de verificación para asegurar que su solicitud está completa.

**Sección I. Información personal**

**Sección II. Educación**

**Sección III. Afiliación a Redes o Asociaciones**

**Sección IV. Licencia/Certificación Profesional del Estado de Texas**

**Sección V. Empleo Actual o Trabajo Voluntario**

**Sección VI. Afiliación con Programas de Capacitación certificados por DSHS**

**Sección VII. Solicitud basada en finalizar un curso de capacitación aprobado por el DSHS**

Copia del certificado de finalización del programa de capacitación para instructores de promotores de salud esta adjunta

**Sección VIII Solicitud basada en Experiencia**

Solicitud documenta un mínimo de 1,000 horas de experiencia brindando instrucción y capacitación en ocho (8) áreas básicas en los últimos tres años.

Formulario de verificación de historial de empleo/voluntariado está adjunto

**Sección IX. Experiencia de instrucción y capacitación**

Proporcionar dos (2) ejemplos de instrucción y capacitación

**Sección X. Firma de la Solicitud**

**Currículum incluido**

|  |  |
| --- | --- |
| **Fotografía en color (Rostro Completo)**  **No envíe una copia de la foto de licencia de conducir**  Fotografía en color fue enviada por correo electrónico a chw@dshs.texas.gov  **O**  Fotografía en color esta adjunta |  |
| **Envíe preguntas sobre la solicitud a:** [chw@dshs.texas.gov](mailto:chw@dshs.texas.gov)  **Guarde una copia de todos los materiales enviados para su archivo.** | |

**Solicitud Inicial de Certificación para Instructores de Promotores de Salud**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección I. Información personal (Por favor escriba toda la información con *bolígrafo o a máquina*)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellido | | | | | |  | Primer nombre | | | | | | | | | | | | |  | | Inicial intermedia | | | | |
| Apellido | | | | | |  | Primer nombre | | | | | | | | | | | | |  | | Segundo Nombre | | | | |
| Dirección particular | | | | | | |  | Apto. N.º | |  | | Ciudad | | | |  |  | | |  | | Código postal | | |  | Condado |
| Dirección particular (Calle y número) | | | | | | |  | # Apt. | |  | | Ciudad | | | |  | Estado | | |  | | Código postal | | |  | Condado |
| Dirección postal | | | | | | | | | | | | Ciudad | | | |  | | Ciudad | |  | | Código postal | | |  | Condado |
| Dirección postal (si es distinta de la dirección particular) | | | | | | | | | |  | | Ciudad | | | |  | Estado | | |  | | Código postal | | |  | Condado |
| Teléfono celular | | | | | | | | | |  | | Teléfono particular | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono móvil/celular | | | | | | | | | | | | Teléfono particular | | | | | | | | | | | | | | |
| Mes/ Día/ Año | | | | | | | | | |  | | **Sexo:  Femenino  Masculino** | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento (Mes/día/año) | | | | | | | | | |  | |
| Correo electrónico personal | | | | | | | | | |  | | **No tengo dirección de correo electrónico personal** | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico personal | | | | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Raza/Etnia** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nativa americana/de Alaska** | | | | | | | | | | | **Asiática** | | | | | | | | **Hispana/Latina** | | | | | | **Blanco** | |
| **Nativa de Hawái/Otra isleña del Pacífico**  **Negra/Afroamericana** | | | | | | | | | | | **Otra (especificar)** Otra | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Idioma(s) utilizado(s)** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | |
| **Inglés** |  | **Habla** | | | **Lee** | | | | **Escribe** | | | | **Idioma preferido para correspondencia:** | | | | | | | | | **Inglés** | | | **Español** | |
| **Español:** |  | **Habla** | | | **Lee** | | | | **Escribe** | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Otro:** |  | **Habla** | | | **Lee** | | | | **Escribe** | | | | **(Especificar otro idioma)** | | | | | | | | | | **Otro idioma** | | | |
| **Sección II. Educación (Estados Unidos u otro país)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nivel máximo de educación completado (marcar uno)** | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| Kindergarten – 12.º grado | | | | | | | | | | | | | | **Estudios superiores no completados** | | | | | | | | | | | | |
| Título de escuela secundaria o título de Desarrollo de Educación General (GED) | | | | | | | | | | | | | | Título universitario | | | | | | | | | | | | |
| Título de Instituto Superior o Técnico | | | | | | | | | | | | | | Título avanzado como Maestría o Doctorado | | | | | | | | | | | | |
| **Sección III. Afiliación a redes o asociaciones de promotores de salud** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ¿Es usted miembro de una red o asociación de promotores de salud? | | | | | | | | | | | | | | | Sí | | | | | | No | | | | | | |
| Nombre de la red o asociación: | | | | **Red/asociación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección IV. Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Licencia/Certificado Profesional del Estado de Texas vigente** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Si | | | | | No | | | |
| Otra licencia/certificado de Texas | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | Otro certificado | | | | | | | |
| Nombre de licencia/certificado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Certificado número | | | | | | | |
| **Certificación de instructor(a) de CHWs del Estado de Texas caducada (indique número de certificado, si lo conoce, y fecha de caducidad)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Certificado N.º** | | / | Fecha de caducidad | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Certificado número | |  | Fecha de caducidad | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección V. Empleo o trabajo voluntario actual** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Empleo** | **Trabajo voluntario** | | | | | **Ninguno** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | |  |
| Organización | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la organización (Trabajo voluntario o empleo) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la organización | | | | | | |  | | Ciudad | | | | | | | |  | | Estado | | | |  | Código postal | |  | Condado | |
| Dirección (calle y número) | | | | | | | | | Ciudad | | | | | | | | | | Estado | | | | | Código postal | | | Condado | |
| **Nombre del supervisor** | | | | | | | | |  | | **Cargo del supervisor** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre del supervisor | | | | | | | | | | Cargo del supervisor | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Tipo de organización (marcar una)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Organización basada en la comunidad** | | | | | **Ventas / Manufactura** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Atención de la salud a domicilio / Centro de atención a largo plazo** | | | | | | |
| **Instituto superior / Universidad / Escuela** | | | | | **Organización sin fines de lucro** | | | | | | | | | | | | | | | | | **Clínica / Hospital / Servicio de emergencia** | | | | | | |
| **Organización basada en la fe** | | | | | **Departamento de salud local** | | | | | | | | | | | | | | | | | Seguro/plan de salud | | | | | | |
| **Agencia del estado** | | | | | **Otra (especificar)** | | | | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | | | | | | | |
| Trabajo actual | | | | | | | | | | | | | | | |  | Teléfono laboral | | | | | | | | | | | |
| Actual título de trabajo del solicitante | | | | | | | | | | | | | | | |  | Teléfono laboral del solicitante | | | | | | | | | | | |
| Dirección de correo electrónico laboral | | | | |  | | | Correo electrónico laboral | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Condición de trabajo | | | | Tiempo completo | | | | | Tiempo parcial | | | | | | | | Remunerado | | | | | | | | **Voluntario** | | | |
| Si es remunerado,  ¿Cuánto gana por hora? | | | | Menos de $9.00 | | | | | $9.00 - $15.00 | | | | | | | | $15.01 - $25.00 | | | | | | | | $25.01 o más | | | |
| **Sección VI. Afiliación con Programas de Capacitación certificados por DSHS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Al recibir lacertificación, un instructor(a) puede proveer cursos de capacitación a promotores de salud o instructores de promotores a través de uno o más programas de capacitación/organización patrocinadora aprobado por el DSHS. Enumere los programas de capacitación aprobados por el DSHS con los cuales Ud. quiere estar afiliado si su solicitud es aprobada.  Nota: Una lista de los programas de capacitación/organizaciones patrocinadoras aprobadas por el DSHS para proporcionar capacitación a promotores o instructores está localizada en [www.dshs.state.tx.us/mch/chw.shtm](http://www.dshs.state.tx.us/mch/chw.shtm)  **Propuesta de Afiliación con el/los siguiente(s) Programa(s) de Capacitación de Promotores de Salud o de Instructores aprobado(s) por el DSHS (Enumere abajo.)**  1. *\_*\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  *2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Desconocida es este momento. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sección VII. Solicitud basada en finalizar un Curso de Capacitación para Instructores de Promotores aprobado por el DSHS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Month/ Day/ Year | | | | | | | | | | | | |  | Certificado Adjunto Currículo Incluido | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha de la Capacitación (Mes / Día / Año) | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Sponsoring Organization | | | | | | | | | | | | |  | Instructor | | | | | | | | | | | | | | |
| Programa de Capacitación/Organización Patrocinadora | | | | | | | | | | | | | | Instructor(a) | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | **Aprendizaje a distancia** | | | | | | | | | | | | | | |
| Lugar de capacitación (Ciudad) | | | | | | | | | | | | |  |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Salte a la Sección X si completa la solicitud basándose en la finalización del curso de capacitación para instructores certificado por el DSHS** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sección VIII Solicitud basada en Experiencia** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Llene esta sección si Ud. ha impartido **un mínimo de 1,000 horas de capacitación dentro de los tres (3) años anteriores** **a promotores de salud, paraprofesionales y profesionales de salud**. Si necesita espacio adicional para documentar su experiencia, haga copias de este formulario.  Currículum Incluido  Formulario de de verificación de historial de empleo/voluntariado (El formulario se encuentra después de la página de firma) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fecha(s) de Experiencia: | Fecha de Inicio (Mes/Año) | | | | **Month** / Year | | | | a- | | Fecha Final (Mes/Año) | **Month**  / **Month** | | | | |
| **Name of Organization** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de la Organización/Agencia | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name of Supervisor | |  | | Supervisor Title | | | |  | | **Supervisor Phone** | | | | |  | **Ext.** |
| Nombre del Supervisor | | | Título del Supervisor | | | | |  | | Teléfono del Supervisor | | | | |  | Ext. |
| Agency’s Address | | | | |  | City | |  | | State | | |  | Zip Code | | |
| Dirección de la Organización/Agencia | | | | |  | Ciudad | |  | | Estado | | |  | Código Postal | | |
| **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| Título de trabajo del solicitante | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Número Total de Horas de proveer Instrucción/Capacitación: | | | | | | | | | **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | | | | | |
| **Experiencia enseñando en las siguientes áreas** (Marcar todas las que aplican) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Comunicación** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Como escuchar activamente, comunicarse con empatía y recopilar información de una manera respetuosa** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Como hablar y escribir en un lenguaje claro y con in nivel cultural correspondiente** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Como documentar actividades y servicios realizados y prepara documentación escrita** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Como garantizar la interpretación de idioma o el acceso a servicios de traducción** | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **Interpersonales** |
| **Como establecer relaciones y ayudar en la resolución de conflicto individuales y grupales** |
| **Como reconocer y responder correctamente a las creencias, valores, culturas e idiomas de las poblaciones atendidas** |
| **Como proporcionar asesoramiento informal** |
| **Como mantener la confidencialidad de la información de los clientes y actuar dentro de lo establecido por HIPPA** |
| **Coordinación de Servicios** |
| **Como identificar y acceder a los recursos** |
| **Como ayudar a mejorar el acceso a los recursos** |
| **Como ayudar a conectar a las personas con los servicios y hacer un seguimiento** |
| **Como evaluar las necesidades de los clientes utilizando enfoques basados en las fortalezas** |
| **Generación de Capacidad** |
| **Como identificar problemas y recursos para alentar y ayudar a los clientes a resolver problemas por si mismos** |
| **Como colaborar con las asociaciones locales a mejorar los servicios, establecer contactos y construir conexiones comunitarias** |
| **Como evaluar las fortalezas y las necesidades de la comunidad** |
| **Como generar habilidades de liderazgo para usted y otras personas en la comunidad** |
| **Defensoría** |
| **Como participar a fin de organizar a otras personas, utilizar recursos existentes y datos actuales para promover una causa** |
| **Como identificar y trabajar con grupos de defensoría** |
| **Como 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** |
| **Como expresarse en nombre de personas o comunidades a fin de superar la intimidación y otras barreras** |
| **Enseñanza** |
| **Como utilizar métodos que promueven el aprendizaje y el cambio positivo en la conducta** |
| **Como utilizar una variedad de métodos de enseñanza e instrucción para distintos estilos de aprendizaje y edades** |
| **Como planificar y conducir clases** |
| **Como evaluar el éxito de un programa educativo y medir el progreso individual del estudiante** |
| **Organización** |
| **Como planificar y fijar metas a nivel individual y de organización** |
| **Como planificar y preparar presentaciones, sesiones educativas/de capacitación, talleres y otras actividades** |
| **Como administrar el tiempo con eficacia y priorizar actividades, al mismo tiempo de mantener la flexibilidad.** |
| **Como recopilar, documentar e informar sobre actividades dentro de pautas legales y de la organización** |
| **Base de conocimiento en problemas específicos de salud** |
| **Como adquirir** y compartir conocimientos básicos de la comunidad, los servicios sociales y de salud, temas específicos de la salud |
| **Como comprender los determinantes sociales de la salud y desigualdades en cuanto a la salud** |
| **Como mantenerse actualizado en temas de salud que afectan a los clientes y saber dónde encontrar respuestas a preguntas difíciles** |
| **Como usar y aplicar los conceptos de salud publica** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sección IX. Ejemplos de la Experiencia de Capacitación –** Incluya dos (2) ejemplos de instrucción o capacitación proporcionado a proveedores de servicios de salud comunitaria como promotores de salud, paraprofesionales y profesionales de salud durante su tiempo con la organización/agencia mencionada anteriormente. Los ejemplos deben ser dentro de los últimos seis (6) años. | | |
| **1. Título de la Capacitación/Instrucción Proveída** | | **Fecha de la Capacitación/Instrucción**  **\_\_\_\_/\_\_\_\_** (Mes/Año) |
| **Audiencia De Enfoque** | | **Duración de la Capacitación (# de horas)** |
| **Competencias Básicas Cubiertas** | | |
| **Habilidad de Comunicación**  **Habilidad de Relaciones Interpersonales**  **Habilidad para Coordinar Servicios**  **Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad** | **Habilidad de Interceder a Favor de**  **Familias y Comunidades**  **Habilidad de Enseñanza**  **Habilidad de Organizar**  **Conocimiento Base en Temas Específicos de Salud** | |
| **Objetivos Enfocados en el Estudiante para esta Capacitación** | **Actividades o Ejercicios de Aprendizaje Utilizados para esta Capacitación** | |
|  |  | |
|  |  | |
|  |  | |
| **2. Título de la Capacitación/Instrucción Proveída** | | **Fecha de la Capacitación/Instrucción**  **\_\_\_\_/\_\_\_\_** (Mes/Año) |
| **Audiencia De Enfoque** | | **Duración de la Capacitación (# de horas)** |
| **Competencias Básicas Cubiertas** | | |
| **Habilidad de Comunicación**  **Habilidad de Relaciones Interpersonales**  **Habilidad para Coordinar Servicios**  **Habilidad para Desarrollar la Capacidad de la Comunidad** | **Habilidad de Interceder a Favor de**  **Familias y Comunidades**  **Habilidad de Enseñanza**  **Habilidad de Organizar**  **Conocimiento Base en Temas Específicos de Salud** | |
| **Objetivos Enfocados en el Estudiante para esta Capacitación** | **Actividades o Ejercicios de Aprendizaje Utilizados para esta Capacitación** | |
|  |  | |
|  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Sección IX. 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 con 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 <http://www.dshs.texas.gov/mch/chw/Community-Health-Workers_Program.aspx>. Llame al 512.776.2208 o al 512.776.3680 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**  Signature | **Fecha**  Date |

**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](mailto:chw@dshs.texas.gov)  **Envíe por fax a:**  512-776-7555 |

**Envíe por correo electrónico una fotografía a color con su nombre completo y la fecha en que se envió la solicitud a** [**chw@dshs.**](mailto:chw@dshs.)**texas.gov** **o envíela por correo a la dirección mencionada con anterioridad.**

*El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas otorga certificación a promotores/trabajadores comunitarios de la salud 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. Asimismo, tiene derecho a solicitar a la agencia estatal que corrija cualquier información que se determine incorrecta. Visite <http://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)

**Request for Verification of Experience (paid or unpaid)**

Submit form with application if applying based on experience.

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

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

**Business Address:**

**Employed from:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ to \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**󠄁 Check if currently employed or volunteering**

**Applicant’s Name:**

**Applicant’s Title:**

### **MUST BE SIGNED BY SUPERVISOR:**

**Supervisor’s Name (please print) Title**

**Supervisor’s Signature Date**

**Note – one form must be submitted per experience reference.**