

Formulario de solicitud para el Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon

El Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon (Consejo) trabaja en colaboración con la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) para:

- 1) Desarrollar normas de evaluación, cualificación y certificación para los intérpretes de atención médica quienes prestan servicio a personas con dominio limitado del idioma inglés y a personas que se comunican en lengua de señas.
- 2) Coordinar con otros estados, el gobierno federal o las organizaciones de profesionales para elaborar e implementar programas educativos y de evaluación para los intérpretes de atención médica.
- 3) Examinar los temas operativos y de financiación, incluidos, entre otros, la posibilidad de desarrollar un registro central y un mecanismo de suscripción anual para los intérpretes de atención médica.

El Consejo respalda y fomenta emplear a intérpretes de atención médica certificados y calificados como estrategia para garantizar la prestación de una atención de alta calidad, cultural y lingüísticamente adecuada para quienes tienen un dominio limitado del idioma inglés, y para lograr el triple objetivo de Oregon de mejorar la salud, mejorar la atención y disminuir los gastos.

El director de la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) designa a quince miembros para que formen parte del Consejo. Los miembros del Consejo deben incluir lo siguiente:

- 1) Personas con conocimientos y experiencia en la administración o elaboración de políticas para programas o servicios relacionados con los intérpretes.
- 2) Empleadores o contratistas de intérpretes de atención médica.
- 3) Programas de capacitación para intérpretes de atención médica.
- 4) Proveedores de servicios de acceso al idioma.
- 5) Intérpretes de atención médica certificados y calificados que ejercen su profesión.

El Consejo se reúne trimestralmente y puede agregar reuniones adicionales, según sea necesario. Las reuniones del Consejo están abiertas al público y están sujetas a los requisitos de las reuniones públicas.

Comités del Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon

Actualmente, el Consejo cuenta con dos comités: el Comité de educación y capacitación y el Comité de defensoría y legislación. Estos comités se reúnen mensualmente. Los expertos en el campo pueden participar en los comités, sin tener que formar parte del Consejo. Las reuniones de los Comités están abiertas al público y están sujetas a los requisitos de las reuniones públicas.

Todos los interesados en presentar una solicitud de nombramiento para formar parte del Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon o para participar como voluntarios en los subcomités del Consejo, deben completar esta solicitud y enviarla de regreso por correo electrónico o por correo postal a:

Oregon Health Authority
Office of Equity and Inclusion
421 SW Oak Street, Suite 750
Portland, OR 97204
hci.program@dhsosha.state.or.us

Escriba en computadora o en letra de imprenta claramente.

SECCIÓN 1: Información de contacto del solicitante

Formulario de contacto con campos: Primer nombre, Apellido, Dirección postal, Ciudad, Estado, Código postal, N.º de teléfono particular, Dirección de correo electrónico, Ocupación/cargo, Nombre de la organización (si corresponde).

SECCIÓN 2: Información demográfica

Si desea proporcionar información demográfica, utilice el formulario adjunto. Esta información es opcional. Según las leyes federales y estatales, esta información no puede utilizarse con fines de discriminatorios en su contra. Esta información se utilizará para garantizar que exista diversidad entre los representantes del Consejo.

Marque todas las opciones que correspondan a su persona:

- Personas con conocimientos y experiencia en la administración o elaboración de políticas para programas o servicios relacionados con los intérpretes
Empleador o contratista de intérpretes de atención médica
Representante del programa de capacitación para intérpretes de atención médica
Proveedor de servicios de acceso al idioma
Intérpretes de atención médica certificados y calificados que ejercen su profesión
Otro (describa):

SECCIÓN 3: Subcomités

Marque una opción

- Educación y capacitación: Este comité es responsable de elaborar y recomendar las normas para la capacitación y la educación continua de intérpretes de atención médica certificados y calificados. El comité también revisa y aprueba los programas de capacitación que cumplen estas normas.
Legislación y norma: Este comité es responsable de elaborar y recomendar las normas que promuevan el empleo de intérpretes de atención médica certificados y calificados en Oregon. El Comité trabaja junto con el Consejo y la Autoridad de Salud de Oregon (OHA) para analizar las normas que afectan la prestación de servicios de atención médica lingüísticamente adecuados a los pacientes con dominio limitado del idioma inglés.

SECCIÓN 4: Interés y experiencia

Describa por qué tiene interés en prestar servicio como miembro del Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon. (150 palabras como máximo)

Describa cómo su capacitación y experiencia avalarían su trabajo en el Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon. Su respuesta puede incluir su experiencia como intérprete, como persona con dominio limitado del idioma inglés, capacitador de intérpretes de atención médica, proveedor de servicios de idiomas o empleador o contratista de intérpretes de atención médica, al igual que otros recursos favorables, perspectivas y experiencia. (150 palabras como máximo)

Experiencia

Comparta su experiencia en consejos asesores, comités o grupos de trabajo.

Nombre del consejo o comité	Fechas de membresía	Alcance o enfoque de su participación

Referencias

Indique a dos o tres personas que puedan brindar información sobre contribuciones posibles que usted puede aportar al Consejo.

Nombre	Cargo/membresía	Teléfono	Dirección de correo electrónico

SECCIÓN 5: Firma

Certifico que las declaraciones que he hecho en este formulario son verdaderas y correctas, a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

Nota: Completar esta solicitud no ratifica su membresía en el Consejo.

Formulario de solicitud para el Consejo de Intérpretes de Atención Médica de Oregon Información demográfica opcional

La Autoridad de Salud de Oregon está obligada a recopilar los datos sobre razas, grupos étnicos e idiomas en el formato que se indica a continuación, en función de la ley de Oregon (ORS 413.161). Sin embargo, responder a este cuestionario es opcional.

Raza y grupo étnico

1) ¿Cómo identifica su raza, grupo étnico, origen tribal o ascendencia?

2) ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica?
Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

Indígena estadounidense o nativo de Alaska

- Indígena estadounidense
- Nativo de Alaska
- Inuit, Métis o Primeras Naciones de Canadá
- Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano
- Otro pueblo indígena estadounidense:

Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

- Nativo de Hawái
- Guameño o chamorro
- Samoano
- De otra isla del Pacífico: _____

Hispano o latino

- Mexicano hispano o latino
- Centroamericano hispano o latino
- Sudamericano hispano o latino
- Hispano o latino de otro origen: _____

Negro o afroestadounidense

- Afroestadounidense
- Africano
- Caribeño
- Raza negra de otro origen: _____

Asiático

- Chino
- Vietnamita
- Coreano
- Hmong
- Laosiano
- Filipino
- Japonés
- Del sur de Asia
- Indio asiático
- Asiático de otro origen: _____

Blanco

- De Europa Occidental
- De Europa Oriental
- Eslavo
- De Oriente Medio
- Del norte de África
- Raza blanca de otro origen: _____

Otras categorías

- Otro (indique): _____
- Se desconoce
- Prefiere no contestar

3) Si eligió más de una identidad racial o étnica, **ENCIERRE EN UN CÍRCULO** la que mejor represente su identidad racial o étnica.

Idioma

1. ¿Qué idioma quiere que usemos para hablar con usted?

2. ¿Qué idioma quiere que usemos para los mensajes por escrito?

3. ¿Necesita un intérprete?

Sí No

4. ¿Necesita un intérprete porque es sordo, tiene problemas de audición o es sordociego?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de interpretación necesita (Lengua de señas estadounidense, interpretación a distancia por video (VRI), interpretación táctil, etc.)?

5. ¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo (Braille, letra grande, grabaciones de audio, etc.)?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué formato?
