

Lista de Verificación de Requisitos para la Solicitud del Registro Estatal de Asistentes de Parto

Debe enviar esta solicitud junto con su Solicitud de Trabajador de Salud Tradicional (THW por sus siglas en inglés) cuando solicite su certificación de la OHA como asistente de parto THW. Asegúrese de enviar todos los artículos enumerados aquí debajo y de firmar las declaraciones a continuación que sean relevantes a su tipo de solicitud.

Esta solicitud incluye la lista de requisitos para solicitudes nuevas, así como para solicitudes para asistentes con experiencia (estas solicitudes son para individuos que nunca han sido certificados por la Autoridad y se les reconoce para ser certificados debido a su capacitación y experiencia laboral previa junto con el cumplimiento de ciertos requisitos adicionales enumerados a continuación).

Información de contacto de el/la Asistente de Parto

Nombre de el/la solicitante

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico (*se recomienda utilizar su dirección personal*)

Documentos que se requieren para solicitudes nuevas

- Una copia clara de identificación oficial emitida por el gobierno

Certificados de asistencia para las siguientes capacitaciones:

- Por lo menos 28 horas de capacitación presencial ofrecida por un programa de capacitación aprobado por la Autoridad que incluya cualquier combinación de capacitación de educación de parto y capacitación de asistente de parto.
- Por lo menos seis horas de capacitación presencial de adiestramiento cultural.
- Por lo menos una hora de capacitación presencial de colaboración interprofesional
- Por lo menos una hora de capacitación presencial de cumplimiento de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA por sus siglas en inglés).
- Por lo menos cuatro horas de capacitación presencial de atención informada de traumas.
- Una capacitación de salud oral aprobada por la OHA (*inicia octubre de 2017*)
- Certificación actualizada de RCP (reanimación cardiopulmonar) para adultos y bebés/niños

Yo, _____ (*nombre de el/la asistente de parto*) doy fe que he completado la asistencia a tres partos como asistente de parto. Estos partos ocurrieron después de la fecha de mi capacitación como asistente de parto. Comprendo que falsificar esta información dará como resultado la revocación inmediata de mi certificación estatal. Además, puedo ser inelegible para solicitar ser parte del registro en el futuro. Comprendo que puede haber una revisión de las pruebas de asistencia a estos partos y debo proveer esta documentación según me la soliciten."

Yo, _____ (*nombre de el/la asistente de parto*) doy fe que he completado

la asistencia a tres visitas posparto con clientes a quienes les proveí apoyo durante el parto en mi capacidad como asistente de parto. Estas visitas posparto ocurrieron después de la fecha de mi capacitación como asistente de parto. Comprendo que falsificar esta información dará como resultado la revocación inmediata de mi certificación estatal. Además, puedo ser inelegible para solicitar ser parte del registro en el futuro. Comprendo que puede haber una revisión de las pruebas de asistencia a estas visitas posparto y debo proveer esta documentación según me la soliciten.”

Firma: _____

Fecha: _____

Comprobante de haber completado una lista de recursos comunitarios

Yo, _____ (*nombre de el/la asistente de parto*) por medio de la presente doy fe que he desarrollado una lista de recursos comunitarios para los condados o el área geográfica que sirvo. Comprendo que falsificar esta información dará como resultado la revocación inmediata de mi certificación estatal. Además, puedo ser inelegible para solicitar ser parte del registro en el futuro. Comprendo que puede haber una revisión de las pruebas de haber completado una lista de recursos comunitarios y debo proveer cualquier documentación según me la soliciten.”

Firma: _____

Fecha: _____

Documentos que se requieren para solicitudes para asistentes con experiencia ÚNICAMENTE

- Una copia clara de identificación oficial emitida por el gobierno
- Una capacitación de salud oral aprobada por la OHA (*inicia octubre de 2017*)
- Certificación actualizada de RCP (reanimación cardiopulmonar) para adultos y bebés/niños
- Como mínimo una carta de recomendación de cualquier empleador previo para quien se proveyeron servicios de trabajador de salud tradicional (THW por sus siglas en inglés) entre el 1 de enero de 2008 y 30 de junio de 2025.
- Evidencia comprobable de haber asistido a 10 partos. **Por favor adjuntar sus documentos a esta solicitud.**
- Evidencia comprobable de haber proveído 500 horas de trabajo comunitario apoyando a personas y familias que dan a luz como asistente de parto. **Por favor adjuntar sus documentos a esta solicitud.**

Yo, _____ (*nombre de el/la asistente de parto*) doy fe que he completado asistencia en diez partos como asistente de parto. Estos partos ocurrieron antes de solicitar esta certificación de asistente de partos. Comprendo que falsificar esta información dará como resultado la revocación inmediata de mi certificación estatal. Además, puedo ser inelegible para solicitar ser parte del registro en el futuro. Comprendo que puede haber una revisión de las pruebas de haber asistido a estos partos y debo proveer esta documentación según me la soliciten.”

Yo, _____ (*nombre de el/la asistente de parto*) doy fe que he proveído 500 horas de trabajo comunitario a clientes y familias para quienes proveí apoyo de parto en mi capacidad como asistente de parto. Este trabajo comunitario ocurrió antes de solicitar esta certificación de asistente de parto. Comprendo que falsificar esta información dará como resultado la revocación inmediata de mi certificación estatal. Además, puedo ser inelegible para solicitar ser parte del registro en el futuro. Comprendo que puede haber una revisión de pruebas de este trabajo comunitario y debo proveer esta documentación según me la soliciten.”

Firma: _____

Fecha: _____

Puede obtener este documento gratis en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que usted prefiera. Contacte al Programa de Trabajador de Salud Tradicional (Traditional Health Worker Program) al 1-844-882-7889 o envíe un correo electrónico a thw.program@dhsosha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión o puede marcar al 711.