

Certificación total y solicitud de renovación de trabajadores de la salud tradicionales

Cómo presentar su solicitud

Nota: Para un plazo de entrega más rápido, llene este formulario en una computadora y envíelo a thw.program@odhsoha.oregon.gov. Las solicitudes enviadas por **correo postal** o **fax** podrían tener una **demora de hasta 90 días**.

Solo procesaremos las solicitudes que se hayan completado en su totalidad.

Correo electrónico <i>(la mejor opción y la más rápida)</i>	Adjunte esta solicitud completa y todos los documentos de respaldo a un correo electrónico. Envíe el correo electrónico a thw.program@odhsoha.oregon.gov
Correo postal <i>(se demora hasta 90 días)</i>	Envíe esta solicitud completa y todos los documentos de respaldo a la siguiente dirección: Traditional Health Worker Program Oregon Health Authority Office of Equity and Inclusion 421 S.W. Oak St., Suite 750 Portland, OR 97204
Fax <i>(se demora hasta 90 días)</i>	Envíe esta solicitud completa y todos los documentos de respaldo por fax al 971-673-1128

¿Quién puede recibir una certificación de trabajador de la salud tradicional?

Si usted pertenece a uno de los siguientes tipos de trabajadores y desea recibir una certificación de trabajador de la salud tradicional (traditional health worker, THW), debe presentar esta solicitud completa y todos los documentos necesarios al Oregon Health Authority (OHA).

A continuación, se detallan los tipos de trabajadores de la salud tradicionales:

- trabajadores de la salud comunitarios (Community Health Workers, CHW);
- especialistas en apoyo entre pares (Peer Support Specialists, PSS);
- especialistas en bienestar de pares (Peer Wellness Specialists, PWS);
- guías de salud personales (Personal Health Navigators, NAV); y
- doulas natales.

Complete esta solicitud si cumple con todos estos requisitos:

- Tiene al menos 18 años
- Ha finalizado toda la capacitación requerida para su tipo de trabajador
 - Su capacitación debe haberse hecho a través de un programa de capacitación aprobado por el OHA

También debe presentar lo siguiente para una certificación de THW:

- Una copia clara de la licencia de conducir, la tarjeta de identificación emitida por el estado o el pasaporte para la verificación de antecedentes
- Una copia de su certificado de capacitación
- Una copia de su certificado de capacitación en salud bucal
- Una solicitud completa y firmada

- Las doulas también deben presentar un “Formulario aprobado por el OHA para la certificación del Registro Estatal de Doulas Natales” (OHA 8908D). Para descargar este formulario, vaya a https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/THW_birthdoulas.aspx

Proceso de verificación de antecedentes penales

La Oficina de Equidad e Inclusión (Office of Equity and Inclusion, OEI) del OHA enviará su nombre a la Unidad de Verificación de Antecedentes (Background Check Unit, BCU). La BCU le enviará un correo electrónico a usted para que complete una “Solicitud de verificación de antecedentes” obligatoria. Es posible que le pidan que envíe sus huellas dactilares. La OEI le notificará por correo electrónico si se requieren las huellas dactilares.

Para obtener más información sobre la verificación de antecedentes, vaya a <https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/THW-Become-Certified.aspx>.

Cómo completar el proceso

Si el OHA confirma que ha cumplido con todos los requisitos, le notificará por escrito sobre su certificación como THW. El OHA agregará su nombre e información de contacto al registro de THW certificados.

Nuestra política sobre discriminación

El Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) y el Oregon Health Authority (OHA) no ejercen ningún tipo de discriminación. Esto significa que el DHS|OHA ayudará a todos los que califiquen y no tratará a nadie de forma diferente debido a su edad, raza, color, país de origen, género, religión, creencias políticas, discapacidad u orientación sexual.

Usted puede presentar una queja si cree que el DHS o el OHA lo trataron de manera diferente por cualquiera de estas razones.

Descargue el formulario de queja aquí:

Formulario en PDF: <https://apps.state.or.us/forms/served/le8904.pdf>

Formulario en Word: <https://apps.state.or.us/forms/served/le8904.doc>

Complete con la mayor cantidad de información posible. Adjunte copias de documentos que ayuden a explicar o respaldar su queja.

Envíe el formulario de queja a la siguiente dirección:

OHA Office of Equity and Inclusion Diversity

Inclusion and Civil Rights Manager

421 S.W. Oak St., Suite 750

Portland, OR 97204

Fax: 971-673-1330. Correo electrónico: thw.complaints@odhsoha.oregon.gov

Número de teléfono gratuito: 1-844-882-7889 (voz) o 711 (TTY)

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Programa de Trabajadores de la Salud Tradicionales llamando al 1-844-882-7889 o por correo electrónico a thw.program@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión, o puede marcar el 711.

1 Información del solicitante				
1.1 Información de contacto del solicitante *Todos los campos son obligatorios				
*Primer nombre		Segundo nombre	*Apellido	
Otros nombres utilizados			*Fecha de nacimiento	
*Correo electrónico (se recomienda usar el correo electrónico personal)			*Número de contacto preferido	
*Dirección postal	*Ciudad	*Estado	*Código postal	*Condado
<p>*La siguiente información debe estar disponible públicamente en el Registro de Trabajadores de la Salud Tradicionales (THW): Marque todas las opciones que correspondan o "Ninguno" para indicar que no desea que su información personal o certificación y credenciales aparezcan en el Registro Público.</p> <p> <input type="checkbox"/> Nombre <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Número de teléfono <input type="checkbox"/> Dirección postal <input type="checkbox"/> Ninguno </p>				

1.2 Disponibilidad geográfica: ¿Dónde está dispuesto a trabajar?(Elija todos los lugares que desee)			
Región 1	Región 2	Región 3	Región 5
<input type="checkbox"/> Clackamas <input type="checkbox"/> Clatsop <input type="checkbox"/> Columbia <input type="checkbox"/> Multnomah <input type="checkbox"/> Tillamook <input type="checkbox"/> Washington	<input type="checkbox"/> Benton <input type="checkbox"/> Lincoln <input type="checkbox"/> Linn <input type="checkbox"/> Marion <input type="checkbox"/> Polk <input type="checkbox"/> Yamhill	<input type="checkbox"/> Lane <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Coos <input type="checkbox"/> Curry	<input type="checkbox"/> Jackson <input type="checkbox"/> Josephine
Región 6	Región 7	Región 8	
<input type="checkbox"/> Hood River <input type="checkbox"/> Gilliam <input type="checkbox"/> Sherman <input type="checkbox"/> Wasco	<input type="checkbox"/> Crook <input type="checkbox"/> Deschutes <input type="checkbox"/> Grant <input type="checkbox"/> Harney <input type="checkbox"/> Jefferson <input type="checkbox"/> Klamath <input type="checkbox"/> Lake <input type="checkbox"/> Wheeler	<input type="checkbox"/> Baker <input type="checkbox"/> Malheur <input type="checkbox"/> Morrow <input type="checkbox"/> Umatilla <input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Wallowa	

1.3 Disponibilidad del horario de trabajo:
Días disponibles: (marque todas las opciones que correspondan).
<input type="checkbox"/> Domingo <input type="checkbox"/> Lunes <input type="checkbox"/> Martes <input type="checkbox"/> Miércoles <input type="checkbox"/> Jueves <input type="checkbox"/> Viernes <input type="checkbox"/> Sábado

Horario de disponibilidad: (*marque todas las opciones que correspondan*).

De 7 a. m. a 3 p. m. De 3 p. m. a 11 p. m. De 11 p. m. a 7 a. m.

Mañana Noche

Tiempo completo Tiempo parcial Temporal

1.4 Idiomas (en los que puede leer o hablar)

<input type="checkbox"/> Lenguas africanas (<i>especifique</i>):	<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Lenguas escandinavas (<i>especifique</i>):
<input type="checkbox"/> Árabe (<i>especifique</i>):	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Lenguaje de señas (<i>especifique</i>):
<input type="checkbox"/> Cantonés	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Eslavico (<i>especifique</i>):
<input type="checkbox"/> Chino (<i>especifique</i>):	<input type="checkbox"/> Lao	<input type="checkbox"/> Somalí
<input type="checkbox"/> Chuukés	<input type="checkbox"/> Mandarín	<input type="checkbox"/> Español (<i>especifique</i>):
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Suahili
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Lenguas indígenas de México (<i>especifique</i>):	<input type="checkbox"/> Tagalo
<input type="checkbox"/> Alemán	<input type="checkbox"/> Mien	<input type="checkbox"/> Tailandés
<input type="checkbox"/> Lenguas indígenas de Guatemala (<i>especifique</i>):	<input type="checkbox"/> Mon-khmer, camboyano	<input type="checkbox"/> Urdu
<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Persa	<input type="checkbox"/> Ucraniano
<input type="checkbox"/> Hmong	<input type="checkbox"/> Rumano	<input type="checkbox"/> Vietnamita (<i>especifique</i>):
<input type="checkbox"/> Índico (<i>especifique</i>):	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Otro (<i>especifique</i>):

2 Preguntas opcionales: raza y origen étnico

Las siguientes preguntas son opcionales y solo sirven para recopilar datos. La información proporcionada no afectará la certificación.

1. ¿Cómo identifica su raza, origen étnico, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

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

Aborígen de América del Norte o nativo de Alaska

Nativo de Alaska Indio americano

Inuit, Métis o Primeras Naciones de Canadá

Indígena de México, América Central o América del Sur

Hispano o latino

Hispano o latino de América Central Hispano o latino de México

Hispano o latino de América del Sur Otro hispano o latino (*especifique*):

Asiático

Asiático indio Chino Filipino Hmong

- Japonés Coreano Laosiano Nativo del sur de Asia
 Vietnamita Otro origen asiático (especifique):

Nativo hawaiano o isleño del Pacífico

- Guamano o chamorro Micronesio Nativo de Hawái Samoano
 Tongano Otro isleño del Pacífico (especifique):

Negro o afroamericano

- Africano (negro) Afroamericano
 Caribeño (negro) Persona negra de otro origen (especifique):

De Oriente Medio o Norte de África

- De Oriente Medio Norte de África

Blanco

- De Europa del Este Eslavo De Europa Occidental
 Persona blanca de otro origen (especifique): _____

Otras categorías

- No sabe/Desconoce Otro (*especifique*): _____
 Prefiere no responder/Se niega a responder

Si arriba seleccionó más de una identidad racial o étnica, marque con un CÍRCULO la ÚNICA respuesta que mejor representa su identidad racial o étnica. Si tiene más de una identidad racial o étnica principal, marque aquí:

2.2 Preguntas opcionales (continuación): género y orientación sexual

Género

- Masculino Femenino Transgénero Otro (*especifique*):
 Prefiere no responder/Se niega a responder

Orientación sexual (*marque una opción*):

- Gay o lesbiana Heterosexual, no es gay ni lesbiana
 Bisexual Queer Otro (*especifique*):
 Prefiere no responder/Se niega a responder

2.3 Preguntas opcionales (continuación): discapacidad

Sus respuestas a las siguientes preguntas nos ayudan a encontrar diferencias en salud y servicios entre personas con discapacidades o limitaciones. Sus respuestas son confidenciales.

¿Es usted sordo o tiene alguna dificultad auditiva grave?

- Sí No No sabe Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó la afección? _____

¿Es usted ciego o tiene dificultades visuales graves, incluso cuando usa anteojos?

Sí No No sabe Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó la afección? _____

¿Tiene alguna afección física, mental o emocional que limite sus actividades de alguna manera?

Sí No No sabe Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó la afección? _____

¿Tiene dificultades graves para caminar o subir escaleras?

Sí No No sabe Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó la afección? _____

¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?

Sí No No sabe Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó la afección? _____

Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar, comprender o tomar decisiones?

Sí No No sabe Se niega a responder

Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó la afección? _____

2.4 Preguntas opcionales (continuación): idioma

¿En qué idioma quiere que hablemos con usted?

¿En qué idioma quiere que le escribamos?

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Necesita un intérprete porque es sordo, con dificultades auditivas o sordociego? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de interpretación (Lenguaje de Señas Estadounidense, servicios de interpretación a distancia por video [Video Remote Interpreting, VRI], interpretación táctil, etc.)?

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

Sí No

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

¿Qué tan bien habla inglés?

No sabe Muy bien Bien No muy bien Nada bien

3.1 Tipo de solicitud

Tipo de solicitud: Nueva Renovación

Tipo de THW (marque todas las opciones que correspondan):

Envíe una solicitud para todas las renovaciones y una para todas las nuevas solicitudes

Doula natal†

Trabajador de la salud comunitario (CHW)

Especialistas en apoyo entre pares (PSS)

Tipo de PSS: Adicciones de adultos Salud mental para adultos Apoyo familiar Apoyo para jóvenes

Especialista en bienestar de pares (PWS):

Tipo de PWS: Adicciones de adultos Salud mental para adultos Apoyo familiar Apoyo para jóvenes

Guía de salud personal (PHN)

- **‡Doulas natales:** Debe presentar la “Lista de verificación de la certificación del Registro Estatal de Doulas Natales” (OHA 8908D). Para descargar este formulario, vaya a https://www.oregon.gov/oha/OEI/Pages/THW_birthdoulas.aspx

3.2 Expectativas de las funciones de los trabajadores

En su función, ¿espera tener contacto directo con ...? (marque todas las opciones que correspondan)

- Niños Adultos Adultos mayores (de 65 años o más)
 Información confidencial Centros seguros Finanzas/Registros financieros
 Sistemas de tecnología de la información

En su función, ¿espera conducir?

Sí No

4.1 Calificaciones de la nueva solicitud (seleccione cualquier calificación que podría afectar la aprobación de su solicitud)

Cláusula de legado de doula natal

Se debe presentar evidencia verificable. El término evidencia verificable se refiere a comprobantes de pago, contratos de servicios, prácticas de estudiantes, registros de horario de voluntarios u otra documentación que refleje las horas trabajadas o en las que se prestó servicio como voluntario.

Licencia de conducir, pasaporte o identificación emitida por el gobierno

Cláusula de legado

Cláusula de legado: Puede haber una exención de algunos requisitos de capacitación cuando proporciona evidencia de que ha trabajado o ha prestado servicios como voluntario como CHW/PWS/NAV en Oregon durante, al menos, 3,000 horas y 2,000 horas para PSS dentro de los últimos cinco años a partir de la fecha de esta solicitud. Describa esto en la página de Experiencia laboral y cargue los documentos de respaldo. Debe ingresar la información sobre la capacitación de salud bucal en la página de Capacitaciones.

Reciprocidad

Reciprocidad: Adjunte un formulario de reciprocidad completo a esta solicitud. Debe ingresar la información sobre la capacitación de salud bucal en la página de Capacitaciones.

4.2 Calificaciones para la solicitud de renovación

Prueba de competencia

Solo se requiere si la certificación que está renovando ha vencido hace más de seis meses.

5.1 Capacitación sobre nueva solicitud 1 (seleccione el tipo de capacitación)

Seleccione e ingrese la información sobre la capacitación de un tipo por vez

Tipos de capacitación

Capacitación para trabajadores de la salud comunitarios aprobada por el OHA

Capacitación para especialistas en apoyo entre pares aprobada por el OHA

Capacitación para especialistas en bienestar de pares aprobada por el OHA

Capacitación para guías de salud personales aprobada por el OHA

Capacitación para doulas natales aprobada por el OHA: 28 horas de capacitación del plan de estudios básico (en persona o de forma virtual o híbrida) además de lo siguiente:

Doula natal: seis horas de contacto en la competencia cultural básica

<input type="checkbox"/> Doula natal: cuatro horas de capacitación sobre atención informada de trauma <input type="checkbox"/> Doula natal: una hora de capacitación sobre el cumplimiento de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) <input type="checkbox"/> Doula natal: una hora de colaboración interprofesional <input type="checkbox"/> Doula natal: certificación de reanimación cardiopulmonar (RCP) para bebés, niños y adultos <input type="checkbox"/> Capacitación sobre salud bucal	
Organización de la capacitación:	
Nombre de la capacitación:	
Ciudad:	Estado:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Cantidad total de horas:	

Debe adjuntar documentación para todas las capacitaciones que se hayan realizado. Si necesita ingresar más de dos capacitaciones de nueva solicitud, adjunte una hoja de papel separada. Adjunte certificados de capacitación para cada capacitación que incluya en esta solicitud.

Capacitación sobre nueva solicitud 2 (seleccione el tipo de capacitación)	
Seleccione e ingrese la información sobre la capacitación de un tipo por vez	
Tipos de capacitación	
<input type="checkbox"/> Capacitación para trabajadores de la salud comunitarios aprobada por el OHA <input type="checkbox"/> Capacitación para especialistas en apoyo entre pares aprobada por el OHA <input type="checkbox"/> Capacitación para especialistas en bienestar de pares aprobada por el OHA <input type="checkbox"/> Capacitación para guías de salud personales aprobada por el OHA <input type="checkbox"/> Capacitación para doulas natales aprobada por el OHA: 28 horas de capacitación del plan de estudios básico (en persona o de forma virtual o híbrida) además de lo siguiente:	
<input type="checkbox"/> Doula natal: seis horas de contacto en la competencia cultural básica <input type="checkbox"/> Doula natal: cuatro horas de capacitación sobre atención informada de trauma <input type="checkbox"/> Doula natal: una hora de capacitación sobre el cumplimiento de la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) <input type="checkbox"/> Doula natal: una hora de colaboración interprofesional <input type="checkbox"/> Doula natal: certificación de RCP para bebés, niños y adultos <input type="checkbox"/> Capacitación sobre salud bucal	
Organización de la capacitación:	
Nombre de la capacitación:	
Ciudad:	Estado:
Fecha de inicio:	Fecha de finalización:
Cantidad total de horas:	

5.2 Capacitación sobre solicitud de renovación 1 (seleccione el tipo de capacitación):	
Seleccione e ingrese la información sobre la capacitación de un tipo por vez	
Tipos de capacitación	
<input type="checkbox"/> Unidades de Educación Continua (Continuing Education Units, CEU): 20 horas <i>para cada renovación de certificación</i>	

- Unidades de Educación Continua (CEU): *40 horas para cada renovación de certificación para PSS/PWS – Especialista en apoyo familiar y apoyo de jóvenes ÚNICAMENTE.*
- Prevención del suicidio: tres horas (parte de sus 20/40 de CEU)

Organización de la capacitación:

Nombre de la capacitación:

Ciudad:

Estado:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Cantidad total de horas:

Si necesita ingresar más de dos capacitaciones de solicitud de renovación, adjunte una hoja de papel separada. Adjunte certificados de capacitación para cada capacitación que incluya en esta solicitud.

Capacitación sobre solicitud de renovación 2 (seleccione el tipo de capacitación):

Seleccione e ingrese la información sobre la capacitación de un tipo por vez

Tipos de capacitación

- Unidades de Educación Continua (CEU): *20 horas para cada renovación de certificación*
- Unidades de Educación Continua (CEU): *40 horas para cada renovación de certificación para PSS/PWS – Especialista en apoyo familiar y apoyo de jóvenes ÚNICAMENTE.*
- Prevención del suicidio: tres horas (parte de sus 20/40 de CEU)

Organización de la capacitación:

Nombre de la capacitación:

Ciudad:

Estado:

Fecha de inicio:

Fecha de finalización:

Cantidad total de horas:

Para todas las solicitudes de cláusula de legado nueva y cláusula de legado de doula natal, debe ingresar la experiencia laboral o como voluntario que le permite solicitar esta exención de las capacitaciones requeridas del programa. No tiene que ingresar la experiencia laboral para las solicitudes nuevas o de renovación.

6 Experiencia laboral

Organización:

Cargo:

Descripción del trabajo:

Nombre de la persona de contacto: _____

Correo electrónico de la persona de contacto: _____

Teléfono de la persona de contacto: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

Cantidad total de horas trabajadas: _____

Experiencia laboral

Organización: _____

Cargo: _____

Descripción del trabajo:

Nombre de la persona de contacto: _____

Correo electrónico de la persona de contacto: _____

Teléfono de la persona de contacto: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

Cantidad total de horas trabajadas: _____

Experiencia laboral

Organización: _____

Cargo: _____

Descripción del trabajo:

Nombre de la persona de contacto: _____

Correo electrónico de la persona de contacto: _____

Teléfono de la persona de contacto: _____

Fecha de inicio: _____

Fecha de finalización: _____

Cantidad total de horas trabajadas: _____

7 Código de Ética y firma

Lea con atención las siguientes declaraciones. Indique su comprensión y aceptación mediante su firma más abajo.

Acepto regirme por las normas de capacitación y certificación y los estándares de conducta profesional de trabajadores de la salud tradicionales. Consulte las Normas Administrativas de Oregon (Oregon Administrative Rules, OAR), Secciones 410-181-0300 a 410-180-0388.

Comprendo que el Oregon Health Authority (OHA) puede rechazar, suspender o revocar el estado de la certificación si no cumplo con el Estatuto Revisado de Oregon (Oregon Revised Statute, ORS), Sección 414.665 o las OAR, Secciones 410-181-0300 a 410-180-0388.

Entiendo que debo solicitar la renovación de mi estado de certificación cada tres años. Debo presentar la solicitud de renovación a más tardar 60 días antes de que finalice mi período de certificación actual. Comprendo que me eliminarán del registro si no renuevo mi certificación dentro del período de renovación. Si opto por no renovar la certificación, acepto no presentarme ante posibles empleadores o clientes como un THW certificado.

Certifico que toda la información incluida en esta solicitud es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Comprendo que mi solicitud puede rechazarse o que mi certificación puede revocarse si proporciono información falsa, incompleta o engañosa.

Firma del solicitante

Nombre del solicitante en letra de
imprenta

Fecha

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Programa de Trabajadores de la Salud Tradicionales llamando al 1-844-882-7889 o por correo electrónico a

thw.program@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas por servicio de retransmisión, o puede marcar el 711.