

Solicitud de Renovación de Certificación Estatal de Trabajadores de Salud Comunitarios

Sección 1: Información de Renovación

- Los certificados son válidos por dos (2) años a partir de la fecha de emisión.
- **Debe renovar su certificado cada dos años.** Para renovar su certificado, debe completar **treinta (30) horas** de unidades de educación continua (*CEU*) relacionadas con las competencias principales durante cada período de renovación.
- **Al menos quince (15) CEUs** deben provenir de un programa aprobado por el Departamento de Salud/Oficina de Trabajadores de Salud Comunitarios de New México (*DOH/OCHW*).
- Los **quince (15) restantes** pueden ser seleccionados por usted y deben estar relacionados con una o más de las competencias principales.
- La solicitud de renovación debe tener el sello postal **a más tardar dos semanas antes** de la fecha de vencimiento.

Sección 2: Cómo Solicitar la Renovación del Certificado

- Los solicitantes deben completar todas las secciones de la aplicación.
- Debe presentar una cuota de 45 dólares con una solicitud en forma de cheque personal, giro postal o cheque de caja.
- Si su certificación ha caducado, debe enviar una cuota de 75 dólares con una solicitud en forma de cheque personal, giro postal o cheque de caja.
- No son reembolsables ninguna de las cuotas.
- Si esta es la primera vez que renueva su certificado, no es necesario realizar una verificación de antecedentes.
- Se requieren verificaciones de antecedentes un periodo de recertificación sí y otro no (cada cuatro años).
- Envíe la solicitud, la cuota y las copias de los certificados de los cursos de capacitación de *CEUs* a:

Attn: Office of Community Health Workers
NM Department of Health-Public Health Division
P.O. Box 25307
Albuquerque, NM 87125
Account: XXXXXX7789

Por favor, conserve una copia de todos los materiales enviados.

Sección 3: Renovación del Certificado

Aprobación de la solicitud: Una vez que su solicitud sea aprobada por *DOH/OCHW*, se le enviará un nuevo certificado que es válido por dos (2) años.

Desaprobación de la solicitud: Es posible que su solicitud de recertificación no sea aprobada si está incompleta o si no cumple con los requisitos de recertificación enumerados en las Reglas (7.29.5 NMAC). Si su solicitud no es aprobada, recibirá instrucciones de como volver a presentarla.

Información de contacto: Si tiene preguntas o desea obtener más información, comuníquese con el personal del programa en Comm.HealthWorker@state.nm.us o llamando a la oficina de Albuquerque al (505) 841-5849.

Para obtener una copia de las Reglas (7.29.5 NMAC) y más información sobre la certificación, visite el sitio web de la Oficina de Trabajadores de Salud Comunitarios en <http://nmhealth.org/go/ochw/>

Competencias principales para la certificación generalista de CHW / recertificación:

1. La profesión de Trabajador de Salud Comunitario (CHW)
2. Habilidades de Comunicación Efectivas
3. Habilidades Interpersonales
4. Habilidades de Capacitación de Salud
5. Habilidades de Coordinación de Servicios
6. Competencias de Creación de Capacidades
7. Habilidades de Apoyo
8. Enseñanza Técnica
9. Habilidades de Divulgación de la Salud en la Comunidad
10. Conocimiento y Evaluación de la Comunidad

Certificación de especialidades de CHW / recertificación:

11. (Opcional) Habilidades de Apoyo Clínico

Información Personal

Nombre: (Primero) (Medio) (Apellido)			Fecha de nacimiento:
Dirección permanente:			
Teléfono de casa	Móvil:	Correo electrónico:	
Idioma/s utilizado/s Inglés <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe Español <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe Otro _____ <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe			NM CHW número de certificado: Fecha de caducidad:

Empleo Actual o Trabajo Voluntario

Lugar de empleo	Dirección	# de años en el empleo	Título profesional
Nombre del supervisor/a	Teléfono de trabajo	Correo electrónico del trabajo	
Tipo de negocio: organización comunitaria, clínica, hospital, universidad/escuela, organización de fe, organización sin fines de lucro, departamento de salud local, agencia estatal, otro (especifique)			
¿Requiere su empleador la certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Paga su empleador por la certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Ofrece su empleador un aumento salarial por la certificación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si paga, ¿cuánto gana por hora? <input type="checkbox"/> menos de 7.50 dólares <input type="checkbox"/> 7.51-12.00 dólares <input type="checkbox"/> 12.01-17.00 dólares <input type="checkbox"/> 17.01-22.00 dólares <input type="checkbox"/> 22.01 dólares o más (toda la información es confidencial - sólo para uso interno)			

Educación Continua - CEUs aprobados por DOH/OCHW

Fecha	Título	Número de horas

Educación Continua – Seleccionados por usted

Fecha	Título	Número de horas

Educación Continua – Seleccionados por usted (continuación)

Fecha	Título	Número de horas

Número total de horas de educación continua: ___

Por favor, liste (escriba) las certificaciones, licenciaturas o especialidades de capacitación recibida desde que fue certificado/a por última vez.

Para los/las solicitantes que han obtenido educación, licencias o certificaciones adicionales:

Si usted actualmente tiene un certificado o licencia en otro campo profesional, ¿ha estado usted alguna vez sujeto a una acción disciplinaria en contra de su certificado o licencia? No Sí

En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Por favor, lea la declaración a continuación y firme para indicar que entiende y acepta los requisitos para la recertificación como Trabajador/a de Salud Comunitario de Nuevo México (CHW).

Certifico que toda la información proporcionada en este documento es verdadera y completa. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa puede resultar en la negación, suspensión o revocación de la certificación.

Le doy a *DOH/OCHW* permiso para verificar cualquier información o referencia para determinar mis calificaciones. Entiendo que la solicitud y toda la documentación de apoyo se convierten en propiedad de *DOH* y que no van a ser devueltas.

Acepto cumplir con las normas y reglamentos relativos a la capacitación y certificación de los trabajadores de salud comunitarios.

Informaré de cualquier cambio en mi información de contacto a *DOH/OCHW*.

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____