

Aplicación para la Certificación Estatal como Especialistas Avanzados de los Trabajadores de la Salud Comunitaria

Sección 1: Requisitos de Elegibilidad para Especialistas Avanzados

1. Verificación de que el aplicante es un Trabajador de la Salud Comunitaria Certificado en el estado de Nuevo México.
2. Verificación de educación, incluyendo documentación de que el aplicante ha completado y recibido entrenamiento formal en un campo de especialización.

Sección 2: Niveles y Cargos de la Certificación

Los aplicantes pueden ser certificados en los siguientes niveles:

- **Especialista I: \$10.00**, un aplicante quien ha sido certificado primeramente como Generalista y ha recibido entrenamiento formal en un campo de especialización puede avanzar a Especialista.
- **Especialista II: \$20.00**, un aplicante quien ha sido certificado primeramente como Generalista y ha recibido entrenamiento formal en dos campos de especialización.
- **Especialista III: \$30.00**, un aplicante quien ha sido certificado primeramente como Generalista y ha recibido entrenamiento formal en tres o más campos de especialización.

NOTA: Todos los aplicantes necesitan una verificación de antecedentes penales cada cuatro años. Si usted necesita dicha verificación, espere hasta haber recibido la carta de aprobación de OCHW que incluye las instrucciones para registrarse con Cogent.ID para huellas digitales. El cargo por la verificación de antecedentes penales es de \$44.00 pagados al registrarse en línea.

Sección 3: Guías de Sumisión

- El cargo debe ser sometido con la aplicación en forma de cheque, giro postal o cheque de gerente.
- **Ninguno de los cargos son reembolsables.**
- Envíe la aplicación por correo, cargos y cualquier otra documentación necesaria 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 mantenga una copia de todo los materiales sometidos y la prueba de envío.

Sección 4: Proceso de Verificación

Tiempo: El Departamento de Salud de Nuevo México (DOH), Oficina de los Trabajadores de la Salud Comunitaria (OCHW) le informará a usted cuándo su aplicación de Avance a Especialización es aprobada o denegada (con una explicación) no más tarde de 30 días después de haber recibido la misma por OCHW. Si su aplicación es aprobada, se le podría requerir que complete la verificación de antecedentes penales, en caso de que hayan pasado más de cuatro años desde la última verificación. Los resultados de la verificación de antecedentes penales son confidenciales, y son los factores determinantes para obtener la certificación en el estado de Nuevo México.

Negación de la Aplicación: SU APLICACIÓN DE CERTIFICACIÓN PODRÍA SER DENEGADA SI ESTÁ INCOMPLETA O SI USTED NO CUMPLE CON LOS REQUISITOS DE CERTIFICACIÓN ENUMERADOS EN LAS REGLAS. SI SU APLICACIÓN ES DENEGADA, USTED RECIBIRÁ UNA EXPLICACIÓN, E INSTRUCCIONES PARA VOLVER A SOMETER UNA NUEVA APLICACIÓN.

Renovación de Certificación: Después de haber sido completado y aprobado el proceso de aplicación, usted recibirá un nuevo certificado que incluye su información de rastreo de información de la especialización con un nuevo número. La fecha de certificación no cambia y expirará dos años después del día que la misma fue aprobada. Usted debe completar 30 horas de educación continua (CEUs) dentro de los dos años de certificación para ser elegible a recertificación.

Por favor envíe cualquier cambio de dirección o contacto a DOH/OCHW para asegurarse de recibir el recordatorio de renovación y oportunidades de CEU. Usted se puede comunicar con nosotros al teléfono y correo electrónico que está a continuación.

Información de Contactos: Para preguntas o más información, por favor contacte al personal del programa a Comm.HealthWorker@state.nm.us o al (505) 841-5849-Susan Aranda o (505) 222.8685- Carol Hanson. Para una copia de las reglas y normas, o información adicional sobre la certificación, por favor visite el sitio web de la Oficina de los Trabajadores de la Salud Comunitaria en <http://nmhealth.org/go/ochw/>

Información del Aplicante

Nombre: (Primero)	(Segundo)	(Apellido)	FDN:
Dirección Permanente:			
Teléfono del Hogar:	Celular:	Correo electrónico:	
Lenguaje Usado:		Lenguaje preferido	
Inglés	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Inglés	
Español	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Español	
Otro _____	<input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Lee <input type="checkbox"/> Escribe	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Educación y Entrenamiento Previo

Agencia o Escuela	Dirección	Años Completados	Grado o Diploma	Conc.

Certificación, Licencia, o Entrenamiento en la Especialización

Por favor enumere cualquier certificado adicional, licencias o entrenamiento especializado aquí

Para aplicantes quienes poseen Licencias o Certificaciones adicionales

Si usted tiene alguna certificación o licencia en otro campo profesional, ¿alguna vez ha sido sujeto a alguna acción disciplinaria contra su certificado o licencia? ___No___Sí

En caso afirmativo, por favor explique:

Si usted está aplicando para certificación a través de DOH-Approved Core Competency Training, Enumere TODAS las prácticas que cuentan como experiencia como CHW y entrenamiento formal

Verificación de Especializaciones

Especialista I: Por favor provea prueba de entrenamiento en especialización

Si usted ha completado entrenamiento especializado en cualquier campo, y cumple con los requisitos, usted puede aplicar para la certificación de Especialista I. Complete la siguiente tabla y adjunte los certificados de entrenamiento.

Entrenamiento Especializado	Horas Completadas	Nombre del Entrenamiento	Localidad o Entrenador/a	Fecha Completado

Especialista II: Por favor provea prueba de entrenamiento en especialización

Si usted ha completado entrenamiento especializado en cualquiera dos campos, y cumple con los requisitos, usted puede aplicar para la certificación de Especialista II. Complete la siguiente tabla y adjunte los certificados de entrenamiento.

Entrenamiento Especializado	Horas Completadas	Nombre del Entrenamiento	Localidad o Entrenador/a	Fecha Completado

Especialista III: Por favor provea prueba de entrenamiento en especialización

Si usted ha completado entrenamiento especializado en cualquiera tres campos o más, y cumple con los requisitos, usted puede aplicar para la certificación de Especialista III. OCHW reconocerá las primeras tres especializaciones enumeradas. Complete la siguiente tabla y adjunte los certificados de entrenamiento.

Entrenamiento Especializado	Horas Completadas	Nombre del Entrenamiento	Localidad o Entrenador/a	Fecha Completado

Por favor lea la siguiente declaración y firme para indicar que usted entiende y acepta los requisitos de certificación como un Trabajador de la Salud Comunitaria (CHW) de Nuevo México.

Yo doy fe de que toda la información ofrecida en este documento es verdadera y completa. Entiendo que ofrecer información falsa o engañosa puede denegar, suspender o revocar la certificación.

Yo le doy permiso a DOH/OCHW para verificar cualquier información o referencias para determinar mis cualificaciones. Entiendo que la aplicación y todos los documentos de apoyo serán propiedad de DOH y no serán devueltos.

Accedo a cumplir con las reglas y normas en cuanto a entrenamiento y certificación de los Trabajadores de la Salud Comunitaria.

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

Nombre en Letra de Molde: _____

Firma: _____ **Fecha:** _____