



### Sección 3: Renovación del Certificado

**Aprobación de la aplicación:** Cuando su aplicación haya sido aprobada por DOH/OCHW, usted recibirá un nuevo certificado válido por dos (2) años.

**Aplicación denegada:** Su aplicación de recertificación podría no ser aprobada si está incompleta o si usted no cumplió con los requisitos de recertificación enumerados en las Reglas (7.29.5 NMAC). Si su aplicación no fue aprobada, usted recibirá instrucciones para volver a someter una aplicación.

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

**Información de Contactos:** Para preguntas o más información, contacte al personal del programa a [Comm.HealthWorker@state.nm.us](mailto:Comm.HealthWorker@state.nm.us) o al (505) 841-5849-Dorothea Martinez o (505) 222.8685- Carol Hanson. Para una copia de las reglas y normas, e 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/>

#### **Capacidades Básicas de CHW para la certificación/recertificación de generalista:**

1. La Profesión de CHW
2. Destrezas de Comunicación Efectiva
3. Destrezas Interpersonales
4. Destrezas de Consejería de Salud
5. Destrezas en Coordinación de Servicios
6. Destrezas de Construcción de Capacidades
7. Destrezas de Apoyo
8. Enseñanza Técnica
9. Destrezas de Alcance de Salud Comunitaria
10. Conocimiento & Evaluación Comunitaria

#### **Especialidades CHW para certificación/recertificación:**

11. (Opcional) Destrezas de Apoyo Clínico



## Información Personal

Nombre:	(Primero)	(Segundo)	(Apellido)	FDN:
Dirección Permanente:				
Teléfono del Hogar:		Celular:	Correo Electrónico:	
Lenguaje Usado:			Núm. Certificado CHW NM:	
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	
			Fecha de Expiración:	

## Trabajo Actual o Voluntario

Lugar de Empleo	Dirección	# de Años	Posición
Nombre del Supervisor		Tel. del Trabajo	Correo Electrónico del Trabajo
Tipo de Industria: organización basada en la comunidad, clínica, hospital, colegio/universidad/escuela, organización basada en la fe, organización sin fines de lucro, departamento de salud local, agencia estatal, otra (especifique)			
¿Requiere su empleador una certificación?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Paga su empleador por su certificación?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ofrece su empleador aumento de sueldo por la certificación?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si le pagan, ¿cuánto gana usted por hora?			
<input type="checkbox"/> Menos de \$7.50 <input type="checkbox"/> \$7.51-\$12.00 <input type="checkbox"/> \$12.01-\$17.00 <input type="checkbox"/> \$17.01-22.00 <input type="checkbox"/> \$22.01 o más (Toda la información permanece confidencial—Solamente para uso interno)			





**Por favor enumere Certificaciones, Licencias, o Entrenamiento Especializado** recibidos desde su última certificación.

**Para aplicantes que hayan obtenido educación adicional, Licencias o Certificaciones adicionales:**

Si usted tiene actualmente un certificado 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:

---

**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 Metra de Molde:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_