

# Promotores de Salud (CCHW)

## Solicitud de renovación de certificación

### *Instrucciones*

Esta solicitud es para los Promotores de Salud (CCHW) del Departamento de Salud de Maryland que actualmente poseen una certificación válida para solicitar la renovación de la misma.

Podrá presentar su solicitud 90 días antes de la fecha de vencimiento de su certificado. Se puede solicitar la renovación de un certificado CHW hasta dos (2) años antes de la fecha de vencimiento del CHW.

Las fechas de vencimiento de los certificados se encuentran en el mismo certificado y también se pueden encontrar en el sitio web de CHW en: <https://health.maryland.gov/pophealth/Community-Health-Workers/Pages/Verify-A-Certificate.aspx>

Los CCHW que buscan renovar el certificado deben revisar toda la información y leer el manual de renovación que está disponible en <https://health.maryland.gov/pophealth/Community-Health-Workers/Pages/CCHW-Certificate-Renewal-Spanish.aspx>

**Le solicitamos que no presente este formulario hasta que haya completado TODA la información** incluida la documentación de 20 horas de actividades de desarrollo profesional. Se requiere su firma en la página 9.

*Todos los campos marcados con un asterisco rojo\* se deben completar. Las solicitudes que no tengan todas las secciones completas se regresarán de forma incompleta.*

Sección 1

## Información de la solicitud de renovación de la certificación CCHW

*Nombre:	*Apellido:	*Fecha de nacimiento:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Teléfono:	*Correo electrónico:	*Confirme el correo electrónico:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

\*Dirección de correo postal:

*Ciudad:	*Estado:	*Código postal:
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Información de certificación para Promotores de Salud

Si no está seguro de su número de certificación CHW o la fecha de vencimiento, puede encontrar esta información en <https://health.maryland.gov/pophealth/Community-Health-Workers/Pages/Verify-A-Certificate.aspx>

*Número de certificación	*Fecha de vencimiento de la certificación
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Sección 2

# Actividades de Desarrollo Profesional

Antes de comenzar con las actividades de desarrollo profesional, le solicitamos que visite el sitio web de Renovación de Certificación CHW para obtener todos los detalles, y el Manual de Renovación y Vencimiento de la Certificación CHW. El sitio web de la Renovación de la Certificación CHW se encuentra disponible en español en: <https://health.maryland.gov/pophealth/Community-Health-Workers/Pages/CCHW-Certificate-Renewal-Spanish.aspx>

**Para la renovación de la certificación CHW, se requiere documentación de las veinte (20) horas de una gran variedad de actividades de desarrollo profesional que incluye una explicación escrita del conocimiento adquirido o la aplicación de las destrezas en las tareas.**

Algunos ejemplos de actividades de desarrollo profesional incluyen capacitaciones patrocinadas por el empleador; conferencias; seminarios web; capacitaciones en línea; reuniones mensuales de la Asociación de Promotores de Salud de Maryland; reuniones, comités o grupos de trabajo relacionados con la comunidad que contienen un componente educativo; u otras oportunidades o capacitaciones educativas.

Las actividades de desarrollo profesional deben estar relacionadas con al menos una de las nueve (9) aptitudes principales de un CHW de Maryland o un principio de la salud.

La documentación de las actividades de desarrollo profesional **debe incluir una explicación escrita del conocimiento adquirido o la aplicación de destrezas en las tareas relacionadas con al menos una de las nueve aptitudes principales de un CHW de Maryland o un principio de la salud.**

***\*Aviso: A continuación se encuentran cuatro (4) páginas de actividades de desarrollo profesional. Utilice todas las que necesite para documentar las 20 horas de actividades de desarrollo profesional.***

## Actividad de Desarrollo Profesional

\*Título de la actividad

\*Cantidad de horas de la actividad

--	--

\*Fecha(s) de la actividad

\*Patrocinador u organización de la actividad

--	--

\*Ubicación de la actividad

\*Explicación del conocimiento o las destrezas aprendidas

--	--

**\*Aptitudes principales (Marque al menos una aptitud principal o enuncie un principio de la salud que se cubrió en la actividad de desarrollo profesional)**

- Sensibilización y destrezas de formación de capacidad comunitaria
- Destrezas de comunicación efectiva de forma oral y escrita
- Competencia cultural
- Comprensión de los asuntos de ética y confidencialidad
- Conocimiento de los recursos locales y la navegación del sistema
- Habilidades de apoyo a la coordinación de los cuidados
- Destrezas de enseñanza para promover el cambio de la conducta saludable
- Métodos y estrategias de difusión
- Comprensión de conceptos de salud pública y alfabetización sanitaria
- Principio de la salud abordado (especifique)

--

## Actividad de Desarrollo Profesional

\*Título de la actividad

\*Cantidad de horas de la actividad

--	--

\*Fecha(s) de la actividad

\*Patrocinador u organización de la actividad

--	--

\*Ubicación de la actividad

\*Explicación del conocimiento o las destrezas aprendidas

--	--

**\*Aptitudes principales (Marque al menos una aptitud principal o enuncie un principio de la salud que se cubrió en la actividad de desarrollo profesional)**

- Sensibilización y destrezas de formación de capacidad comunitaria
- Destrezas de comunicación efectiva de forma oral y escrita
- Competencia cultural
- Comprensión de los asuntos de ética y confidencialidad
- Conocimiento de los recursos locales y la navegación del sistema
- Habilidades de apoyo a la coordinación de los cuidados
- Destrezas de enseñanza para promover el cambio de la conducta saludable
- Métodos y estrategias de difusión
- Comprensión de conceptos de salud pública y alfabetización sanitaria
- Principio de la salud abordado (especifique)

--

## Actividad de Desarrollo Profesional (Página adicional)

Título de la actividad

Cantidad de horas de la actividad

--	--

Fecha(s) de la actividad

Patrocinador u organización de la actividad

--	--

Ubicación de la actividad

Explicación del conocimiento o las destrezas aprendidas

--	--

**Aptitudes principales (Marque al menos una aptitud principal o enuncie un principio de la salud que se cubrió en la actividad de desarrollo profesional)**

- Sensibilización y destrezas de formación de capacidad comunitaria
- Destrezas de comunicación efectiva de forma oral y escrita
- Competencia cultural
- Comprensión de los asuntos de ética y confidencialidad
- Conocimiento de los recursos locales y la navegación del sistema
- Habilidades de apoyo a la coordinación de los cuidados
- Destrezas de enseñanza para promover el cambio de la conducta saludable
- Métodos y estrategias de difusión
- Comprensión de conceptos de salud pública y alfabetización sanitaria
- Principio de la salud abordado (especifique)

--

## Actividad de Desarrollo Profesional (Página adicional)

Título de la actividad

Cantidad de horas de la actividad

--	--

Fecha(s) de la actividad

Patrocinador u organización de la actividad

--	--

Ubicación de la actividad

Explicación del conocimiento o las destrezas aprendidas

--	--

**Aptitudes principales (Marque al menos una aptitud principal o enuncie un principio de la salud que se cubrió en la actividad de desarrollo profesional)**

- Sensibilización y destrezas de formación de capacidad comunitaria
- Destrezas de comunicación efectiva de forma oral y escrita
- Competencia cultural
- Comprensión de los asuntos de ética y confidencialidad
- Conocimiento de los recursos locales y la navegación del sistema
- Habilidades de apoyo a la coordinación de los cuidados
- Destrezas de enseñanza para promover el cambio de la conducta saludable
- Métodos y estrategias de difusión
- Comprensión de conceptos de salud pública y alfabetización sanitaria
- Principio de la salud abordado (especifique)

--

Sección 3

### Información opcional

Nombre del empleador	Título de la posición
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Tipo de posición	Ubicación del empleador
<input type="checkbox"/> De jornada completa <input type="checkbox"/> De media jornada <input type="checkbox"/> Paga <input type="checkbox"/> Trabajo voluntario	<input type="text"/>

Estado de residencia	Correo electrónico del empleador	No. de teléfono del empleador
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

¿Cuál es su nivel más alto de educación adquirido? (Seleccione una opción)

- Escuela secundaria
- Algunos créditos universitarios
- Título de asociado
- Capacitación comercial/técnica/vocacional
- Diploma de licenciatura
- Diploma de maestría
- Diploma profesional
- Diploma de doctorado

¿Ha recibido certificación CHW en otro estado? Si la respuesta es afirmativa, ¿en cuál estado?

Incluya cualquier certificado, licencia o formación especializada adicional que haya recibido



Sección 4

## Certificación

He leído y comprendido el Código Anotado de Maryland, Artículo de Salud-General, Título 13, Subtítulo 37 y el Código de Reglamentos de Maryland (COMAR) 10.68.01.

Comprendo que debo renovar mi certificación cada dos (2) años a partir de la fecha en que se emite. Debo presentar una solicitud de renovación al Departamento de Salud de Maryland (MDH) no antes de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de vencimiento de la acreditación. Comprendo que mi certificación vencerá si no logro renovarla en el periodo de renovación.

Si se me niega la certificación o elijo no renovarla, comprendo que no estoy autorizado legalmente a representarme frente a posibles empleadores, clientes o el público como un Promotor de Salud, y estoy de acuerdo con no representarme como un Promotor de Salud ante nadie en esas circunstancias.

Le otorgo mi permiso al MDH para que verifique toda información o referencia y que le solicite toda información necesaria a cualquier persona u organismo para poder determinar mi calificación para la certificación; y estoy de acuerdo con que cualquier persona u organismo pueda divulgarle al MDH la información requerida.

Estoy de acuerdo con colaborar completamente con cualquier solicitud de información o investigación relacionada con mi certificación de Promotor de Salud en el estado de Maryland. Comprendo y estoy de acuerdo con que debo informarle al MDH cualquier cambio en mi información de contacto de inmediato.

Comprendo que mi nombre y número de certificado se harán públicos a otras personas para verificar mi certificación.

Certifico que toda la información que se encuentra en esta solicitud la he brindado personalmente y la he revisado yo mismo, y que el contenido de esta solicitud es verdadero y correcto al mejor de mi conocimiento y saber. Comprendo que brindar información falsa, incompleta o errónea puede resultar en la negación de la solicitud de certificación o la revocación del certificado.

**\*Firme aquí**

**\*Estoy de acuerdo con vincularme legalmente con este documento**

**\*Fecha de hoy**