



## **Solicitud de certificación de promotor de salud para CHW con experiencia (anteriormente conocido como el proceso de apadrinamiento)**

Esta solicitud de certificación de promotor de salud (CHW) se puede completar como una copia en papel o electrónicamente como un formulario rellenable. Lea todos los materiales e instrucciones de solicitud a continuación antes de enviar una solicitud.

1. Antes de completar su solicitud, vaya a la página web de certificación de CHW de la Oficina de Mejora de la Salud Poblacional del Departamento de Salud de Maryland en <https://pophealth.health.maryland.gov/Community-Health-Workers/Pages/CertificationProgram.aspx> para revisar todos los materiales y formularios relacionados.
2. Para completar este formulario de solicitud como formulario rellenable, complete cada campo haciendo clic en el cuadro.
  - i. Para los campos de casilla de verificación, aparecerá una marca de verificación.
  - ii. Para los campos de texto, escribirá su respuesta.
3. Es obligatorio completar todos los campos que contienen un asterisco rojo (\*). Si no completa un campo obligatorio, la solicitud se considerará incompleta. Si desea obtener ayuda para completar cualquier campo, consulte el documento [Instrucciones de solicitud de certificación de promotor de salud](#) en la página web de certificación de CHW.
4. Firme su solicitud. Su firma puede ser su nombre escrito o puede imprimir el documento y firmarlo a mano.
5. Cuando haya completado todos los materiales necesarios para la presentación de la solicitud de certificación, puede enviarla de la siguiente manera:
  - a. Por correo electrónico a [MDH@CHWApplications@maryland.gov](mailto:MDH@CHWApplications@maryland.gov)
  - b. Por correo postal a:  
Community Health Worker Certification  
Office of Population Health Improvement  
Maryland Department of Health  
201 West Preston Street, Room 406  
Baltimore, Maryland 21201

Si necesita ayuda con la solicitud, comuníquese con el equipo de certificación de CHW escribiendo al [MDH.CHWApplications@Maryland.gov](mailto:MDH.CHWApplications@Maryland.gov) o llamando al 410-767-5971.

# Certificación de promotor de salud para CHW con experiencia: solicitud

## Sección 1: Información del solicitante

---

<b>Nombre*</b>	<b>Apellido*</b>		
<b>Fecha de nacimiento*</b>	<b>¿Tiene 18 años o más?*</b>	Sí	No
<b>Teléfono*</b>	<b>Correo electrónico*</b>		
<b>Dirección postal</b> La dirección postal preferida puede ser del empleador, hogar/personal u otra y debe mantenerse actualizada con el Departamento de Salud de Maryland.			
<b>Dirección*</b>			
<b>Ciudad*</b>	<b>Estado*</b>	<b>Código postal*</b>	

**Adjuntos requeridos\*** Adjunte cualquiera de los siguientes documentos para verificar su edad: Tarjeta de identificación municipal, licencia de conducir, certificado de nacimiento, identificación militar, tarjeta de identificación del estado, pasaporte, tarjeta de autorización de empleo, tarjeta de residente permanente, tarjeta de identificación comunitaria u otra. Nota: Los documentos que no fueron emitidos por el gobierno estadounidense son formas aceptables de verificación de edad.

## Sección 2: Experiencia laboral

---

Para ser elegible para la certificación a través de este proceso, debe contar con un mínimo de 2000 horas de experiencia remunerada o voluntaria como CHW cinco (5) años antes del 1 de octubre de 2018 o cinco (5) años antes de la fecha de solicitud, y haber estado desempeñándose como CHW el 1 de octubre de 2018.

**A. ¿Tiene un mínimo de 2000 horas de experiencia remunerada o voluntaria como CHW durante cinco (5) años antes del 1 de octubre de 2018 o cinco (5) años antes de la fecha de la solicitud?\***

Sí                      No

B. ¿Estaba desempeñándose como CHW el 1 de octubre de 2018?\*

Sí

No

### Sección 3: Antecedentes de la experiencia remunerada o voluntaria como CHW

---

Indique la experiencia remunerada o voluntaria como CHW durante cinco (5) años antes del 1 de octubre de 2018 o cinco (5) años antes de la fecha de la solicitud. Primero, indique la experiencia actual o más reciente.

Nombre de la organización\*

Nombre del empleador\*

Correo electrónico del empleador\*

Apellido\*

Teléfono del  
empleador\*

Tipo de posición de CHW (seleccione todas las que correspondan)\*

Tiempo completo	Medio tiempo
Voluntaria	Remunerada

Título de puesto del solicitante CHW\*

Horas de experiencia como CHW\*

Fecha inicial\*

Fecha final

Si el puesto es actual, deje en blanco la fecha final.

---

Nombre de la organización\*

Nombre del empleador\*

Correo electrónico del empleador\*

Apellido\*

Teléfono del  
empleador\*

Tipo de posición de CHW (seleccione todas las que correspondan)\*

Tiempo completo	Medio tiempo
Voluntaria	Remunerada

Título de puesto del solicitante CHW\*

Horas de experiencia como CHW\*

Fecha inicial\*

Fecha final

---

Nombre de la organización\*

Nombre del empleador\*

Correo electrónico del empleador\*

Apellido\*

Teléfono del  
empleador\*

**Tipo de posición de CHW (seleccione todas las que correspondan)\***

Tiempo completo

Medio tiempo

Voluntaria

Remunerada

**Título de puesto del solicitante CHW\***

**Horas de experiencia como CHW\***

**Fecha inicial\***

**Fecha final\***

Adjunte antecedentes de trabajo adicionales si corresponde.

## Sección 4: Cartas de validación del empleador, supervisor o representante de la agencia de CHW actual o anterior

---

**Adjunto requerido\*** Un mínimo de dos (2) cartas de validación de un empleador, supervisor o representante de la agencia de CHW actual o anterior que lo recomiende para la certificación, valide un mínimo de 2000 horas de experiencia como CHW y verifique su dominio de las competencias básicas.

Use [este enlace](#) para acceder a la plantilla requerida para las cartas de validación.

## Sección 5: Información opcional

---

La siguiente sección es opcional y no se utilizará para determinar la elegibilidad de certificación.

### Estado de residencia

**Sexo** Femenino      Masculino      Otro      Si es otro, especifique

**¿Es usted hispano/latino?**      Sí      No

### Especifique su raza (seleccione todas las opciones que correspondan)

Asiático  
Indio americano o nativo de Alaska  
Negro o afroamericano  
Nativo hawaiano o de otra isla del Pacífico  
Blanco  
Otra raza (especifique)

### Idioma preferido

Inglés  
Español  
Otro (especifique)

### ¿Cuál es su nivel de educación más alto? Seleccione una opción.

Algo de escuela secundaria o menos

Graduado de secundaria, diploma o equivalente (por ejemplo, GED)

Algunos créditos universitarios

Capacitación de comercio/técnica/profesional

Título *Associate's*

Título *Bachelor's*

Maestría  
Título profesional  
Doctorado

**¿Ha recibido la certificación de CHW en otro estado?**      Sí      No

En caso afirmativo, ¿qué estado?

**Indique cualquier certificado, licencia o capacitación especializada adicional que haya recibido.**

## Sección 6: Certificación

---

He leído y entiendo el [Título 13, Subtítulo 37, del Artículo de Salud General del Código Anotado de Maryland](#).

Entiendo que debo renovar mi certificación cada dos (2) años a partir de la fecha de emisión de mi certificación. Debo presentar una solicitud de renovación al Departamento de Salud de Maryland (MDH) no menos de treinta (30) días calendario antes de la fecha de vencimiento de la certificación. Entiendo que mi certificación se vencerá si no la renuevo dentro del período de renovación.

Si se me niega la certificación o elijo no renovar mi certificación, entiendo que no estoy legalmente autorizado para representarme ante empleadores potenciales, clientes o el público como un promotor de la salud certificado, y estoy de acuerdo en no representarme como promotor de la salud certificado ante nadie en ninguna circunstancia.

Doy permiso al MDH para verificar cualquier información o referencias, y para solicitar cualquier información necesaria a cualquier persona o agencia, a fin de determinar mis calificaciones para la certificación, y acepto que cualquier persona o agencia pueda revelar al MDH la información solicitada.

Estoy de acuerdo en que cooperaré completamente con cualquier solicitud de información o con cualquier investigación relacionada con mi certificación como promotor de salud en el estado de Maryland.

Entiendo y acepto que debo informar cualquier cambio en mi información de contacto al MDH de inmediato. Entiendo que mi nombre y número de certificado se harán públicos para que otros verifiquen mi certificación.

Doy fe de que toda la información contenida en esta solicitud ha sido proporcionada y revisada personalmente por mí y de que el contenido de esta solicitud es verdadero y correcto según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa, incompleta o engañosa puede dar como resultado la denegación de la solicitud de certificación o la revocación de la certificación.

**Firma del solicitante (en imprenta o firma manual)\***

**Nombre y apellido del solicitante (en imprenta)\***

**Fecha\***