



# Formulario de solicitud de verificación de experiencia

## Sección 1: Propósito e instrucciones

El Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS) de Texas certifica a promotores de salud comunitaria (CHW) y a instructores de promotores de salud comunitaria (CHWI) que han demostrado dominio de las [competencias básicas](#) mediante capacitación o experiencia relevante. Este formulario sirve para verificar que el solicitante mencionado en la Sección 2 cumple con los requisitos de certificación según su experiencia. Se requiere un formulario por cada puesto o función.

Para obtener la certificación basada en la experiencia, el [capítulo 146 del Código Administrativo de Texas exige que el solicitante tenga](#) un mínimo de 1,000 horas de experiencia acumulada en todas las competencias básicas en los últimos tres años. El supervisor o las referencias profesionales que se indiquen en la solicitud deben confirmar la experiencia del solicitante por medio de este formulario.

Los solicitantes deben entregar este formulario a cada supervisor o referencia profesional que pueda confirmar su experiencia en los últimos tres años. Las referencias seleccionadas deben llenar este formulario y enviarlo por correo electrónico al Programa de Promotores de Salud Comunitaria (CHW) a [chw@dshs.texas.gov](mailto:chw@dshs.texas.gov). El DSHS no aceptará un formulario de verificación de experiencia presentado directamente por el solicitante.

## Información de contacto

Si tiene preguntas o desea obtener más información, visite el Programa de Promotores de Salud Comunitaria (CHW) del DSHS y revise la [Política del Programa de CHW](#). También puede comunicarse con el Programa de CHW por correo electrónico [en chw@dshs.texas.gov](mailto:chw@dshs.texas.gov) o llamando al 512-776-2624.

## Sección 2: Datos del solicitante

**Esta sección la debe llenar el solicitante. La información proporcionada debe coincidir con la solicitud.**

**Nombre** (apellido, primer nombre, segundo nombre):

**Fecha de nacimiento** (mes/día/año):

**Teléfono:**

**Correo electrónico:**

**Verificación de experiencia para:**

Promotor de salud (CHW)

Instructor (CHWI)

## Sección 3: Información del supervisor o referencia profesional

**Esta sección la debe completar el supervisor o referencia profesional.**

**Nombre** (apellido, primer nombre, segundo nombre):

**Puesto:**

**Nombre del negocio:**

**Teléfono:**

**Dirección del negocio:**

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

**Correo electrónico:**

## **Sección 4: Verificación de experiencia**

**Esta sección la debe completar el supervisor o referencia profesional.**

### **Información del puesto**

**Puesto o función del solicitante:**

**Fecha de inicio:** (mes/día/año)

**Fecha de terminación:** (mes/día/año)

### **Tipo de experiencia**

**Experiencia como promotor de salud (CHW) trabajando directamente en la comunidad:**

Experiencia obtenida en un empleo de tiempo completo

Experiencia obtenida en un empleo de medio tiempo

Experiencia obtenida en voluntariado

**Experiencia como instructor en la enseñanza o capacitación de promotores de salud (CHW) u otros profesionales de la salud, y demuestra experiencia docente o de capacitación en las competencias básicas:**

Experiencia obtenida en un empleo de tiempo completo

Experiencia obtenida en un empleo de medio tiempo

Experiencia obtenida en voluntariado

**Competencias básicas de promotores de salud (incluye habilidades, conocimientos y cualidades) logradas y demostradas. Marque todas las opciones que correspondan.**

Habilidades de comunicación

Habilidades interpersonales y relacionales

Habilidades de coordinación de servicios y orientación

Habilidades para el desarrollo de capacidades

Habilidades de defensa de derechos

Habilidades docentes y educativas

Habilidades organizacionales

Conocimientos básicos sobre problemas médicos específicos

Habilidades de evaluación e investigación

**¿El solicitante obtuvo al menos 1,000 horas de experiencia en este puesto o función?**

Sí

No

**Si la respuesta es "No", ¿cuántas horas de experiencia obtuvo el solicitante?**

## **Sección 5: Firma del supervisor o referencia profesional**

**Esta sección la debe completar el supervisor o referencia profesional.**

Certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y está completa, según mi conocimiento. Entiendo que proporcionar información falsa o engañosa constituye una violación de las normas profesionales y éticas según la [sección 146.7 del Código Administrativo de Texas](#). Cualquier violación resultará en la anulación de la solicitud y la revocación del certificado del solicitante conforme a

la [sección 146.8 del Código Administrativo de Texas](#). También puede dar lugar a un proceso penal por falsificación de documentos oficiales de acuerdo con la [sección 37.10 del Código Penal de Texas](#).

**Firma**

**Fecha** (mes/día/año)