

Solicitud de renovación de intérprete de atención médica

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Programa de Intérpretes de Atención Médica (Health Care Interpreter, HCI) enviando un correo electrónico a hci.program@odhsoha.oregon.gov o llamando al 971-673-3378. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Típe o escriba de forma clara. **Complete y envíe toda la siguiente información por correo electrónico a:** hci.program@odhsoha.oregon.gov (el correo electrónico es el método preferido), o envíela por correo postal o fax a:

Health Care Interpreter Program
Oregon Health Authority Equity and Inclusion Division
421 SW Oak St, Suite 750
Portland, OR 97204
Fax: 971-673-1128

Los intérpretes de atención médica (HCI) incluyen los siguientes tipos de credenciales:

- *Intérprete calificado: la mayoría de los HCI se incluyen en esta categoría.*
- *Intérprete certificado: es necesario aprobar exámenes escritos y orales a nivel nacional; solo se aplica a Registro de Intérpretes para Personas Sordas (Registry of Interpreters for the Deaf, RID) y a los siguientes idiomas: árabe, cantonés, coreano, mandarín, ruso, español, vietnamita (el examen de certificación **ya no es obligatorio, pero es opcional** para la renovación de las credenciales de calificación en estos idiomas hablados).*
- *Si actualmente tiene la calificación y desea renovar la certificación (idioma hablado), incluya la certificación nacional requerida para la credencial de idioma de HCI certificado.*
- *Los intérpretes de lenguaje de señas deben revisar la [página de la Oficina de Licencias de Salud](#) para conocer los requisitos de licencias.*
- *Si renueva por primera vez como [HCI de Lenguaje de señas](#), incluya la certificación de que ha completado un curso de capacitación como intérprete de atención médica de [60 horas de duración](#) aprobado por la Oregon Health Authority, OHA. Todos los HCI de lenguaje de señas que renueven recibirán sus credenciales como certificados en el registro de HCI de Oregon.*

Envíe una solicitud completada y todos los documentos necesarios para [renovar](#) su credencial de calificación o certificación.

Complete este formulario si cumple con todos estos requisitos. Usted:

- Debe tener al menos 18 años.
- No se encuentra en la [lista de exclusión de Medicaid](#).
- Actualmente es un HCI calificado o certificado (consulte [950-050-0120](tel:950-050-0120) para conocer las pautas de vencimiento).
- Ha completado 24 horas de educación continua (debe ser a través de un programa de CEU reconocido por la Oregon Health Authority, OHA o equivalente; [envíe este formulario](#) con los certificados de capacitación). [Consulte la página de renovación](#) (consulte [950-050-0090](tel:950-050-0090) para obtener información sobre educación continua).

Solicitud de renovación de intérprete de atención médica

También debe enviar estos documentos cuando desee [renovar](#) la calificación o certificación de HCI:

- Una copia clara de su licencia de conducir actual, identificación emitida por el gobierno o pasaporte.
- Copias de sus certificados de educación continua. La educación continua debe tener lugar durante el período de credencial de 4 años.
- La Oregon Health Authority, OHA le notificará a través de correo electrónico sobre el estado de su solicitud después de confirmar que cumple todos los requisitos.
- La Oregon Health Authority, OHA actualizará su información en el registro de HCI cuando se complete el proceso de solicitud, y se enviará una carta de renovación a través de correo electrónico.

Sección 1: Información del solicitante

1.1 Tipo de renovación de solicitud (calificado o certificado. Elija una opción)

Renovación de calificación de HCl

Marque todas las opciones que correspondan y adjunte la documentación:

- Completó 24 horas de educación continua (CEU) de un programa de CEU reconocido por la Oregon Health Authority, OHA o equivalente. El desglose de los requisitos de CEU es el siguiente:
- 6 horas de ética del intérprete de atención médica
 - 6 horas de habilidades de interpretación
 - 12 horas sobre cualquier tema aceptado por las organizaciones de certificación de intérpretes

Adquirió su CEU durante los cuatro años de su calificación de HCl.

No estoy contando parte de mi capacitación de HCl de 60 horas como CEU.

¿Es usted un intérprete calificado en alguno de los idiomas certificables de la Comisión de Certificación para Intérpretes de Atención Médica (Certification Commission for Health Care Interpreters, CCHI) o la Junta Nacional de Certificación para Intérpretes Médicos (National Board of Certification for Medical Interpreters, NBCMI)?

Si su respuesta es "Sí", enumere los idiomas:

¿Aprobó el examen de certificación oral? Sí No

Si la respuesta es "Sí", adjunte una copia de su certificado además de los otros requisitos de solicitud.

Renovación de la certificación

Marque todas las opciones que correspondan y adjunte la documentación:

- Completó 24 horas de educación continua (CEU) de un programa de CEU reconocido por la Oregon Health Authority, OHA o equivalente. El desglose de los requisitos de CEU es el siguiente:
- 6 horas de ética del intérprete de atención médica.
 - 6 horas de habilidades de interpretación.
 - 12 horas sobre cualquier tema aceptado por las organizaciones de certificación de intérpretes.

Adquirió su CEU durante los cuatro años de su certificación de HCl.

No estoy contando parte de mi capacitación de HCl de 60 horas como CEU.

1.2 Información de contacto del solicitante: *Campos obligatorios

*Primer nombre:	Segundo nombre:	*Apellido:	
*Dirección postal:		*Fecha de nacimiento:	
*Ciudad:	*Estado:	*Condado:	*Código postal:
*Número de contacto preferido:		*Correo electrónico:	

Comunique la siguiente información en el Registro de HCI. Marque todas las opciones que correspondan o coloque "nombre" para indicar que solo divulgará el nombre, sin incluir la información de contacto. Si marca la opción "ninguno/a" significa que ninguna información, ni siquiera su nombre, aparecerá en el registro público.

Nombre
 Dirección de correo electrónico
 Número de teléfono
 Dirección postal
 Ninguna

1.3. Disponibilidad geográfica: ¿dónde está dispuesto a trabajar? (Elija todos los lugares que desee).			
Región 1	Región 2	Región 3	Región 5
<input type="checkbox"/> Clackamas <input type="checkbox"/> Clatsop <input type="checkbox"/> Columbia <input type="checkbox"/> Multnomah <input type="checkbox"/> Tillamook <input type="checkbox"/> Washington	<input type="checkbox"/> Benton <input type="checkbox"/> Lincoln <input type="checkbox"/> Linn <input type="checkbox"/> Marion <input type="checkbox"/> Polk <input type="checkbox"/> Yamhill	<input type="checkbox"/> Lane <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Coos <input type="checkbox"/> Curry	<input type="checkbox"/> Jackson <input type="checkbox"/> Josephine
Región 6	Región 7	Región 8	
<input type="checkbox"/> Hood River <input type="checkbox"/> Gilliam <input type="checkbox"/> Sherman <input type="checkbox"/> Wasco	<input type="checkbox"/> Crook <input type="checkbox"/> Deschutes <input type="checkbox"/> Grant <input type="checkbox"/> Harney <input type="checkbox"/> Jefferson <input type="checkbox"/> Klamath <input type="checkbox"/> Lake <input type="checkbox"/> Wheeler	<input type="checkbox"/> Baker <input type="checkbox"/> Malheur <input type="checkbox"/> Morrow <input type="checkbox"/> Umatilla <input type="checkbox"/> Union <input type="checkbox"/> Wallowa	

1.4 Disponibilidad del horario de trabajo:

Días disponibles: (marque todas las opciones que correspondan).

Domingo
 Lunes
 Martes
 Miércoles
 Jueves
 Viernes
 Sábado

Horario de disponibilidad: (marque todas las opciones que correspondan).

De 7:00 a. m. a 3:00 p. m.
 De 3:00 p. m. a 11:00 p. m.
 De 11:00 p. m. a 7:00 a. m.

Mañana
 Noche

Tiempo completo
 Tiempo parcial
 Temporal

Sección 2: Idioma

2.1 Idiomas
¿En qué idioma quiere que hablemos con usted?
¿En qué idioma quiere que le escribamos?
¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita un intérprete porque es sordo, tiene dificultades auditivas o es sordociego? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si la respuesta es "Sí", ¿qué tipo de interpretación (Lenguaje de Señas Estadounidense [American Sign Language, ASL], servicios de interpretación a distancia por video [Video Remote Interpreting, VRI], interpretación táctil, etc.)?

¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo (braille, letra grande, grabaciones de audio, etc.)?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", ¿en qué formato?

¿Qué tan bien habla inglés?

No sabe Muy bien Bien No muy bien Nada bien

2.2 Idiomas que lee y habla bien, pero que no requieren certificación o calificación:

Lenguas africanas (*especifique*):

Árabe (*especifique*):

Cantonés

Chino (*especifique*):

Chuukés

Inglés

Francés

Alemán

Lenguas indígenas de Guatemala (*especifique*):

Hindi

Hmong

Índico (*especifique*):

Italiano

Japonés

Coreano

Lao

Mandarín

Marshalés

Lenguas indígenas de México (*especifique*):

Mien

Mon-khmer, camboyano

Persa

Rumano

Ruso

Lenguas escandinavas
(*especifique*):

Lenguaje de señas (*especifique*):

Eslavo (*especifique*):

Somalí

Español (*especifique*):

Suahili

Tagalo

Tailandés

Urdu

Ucraniano

Vietnamita

Otro (*especifique*):

Sección 3: Educación continua

Utilice [el formulario de unidades de educación continua \(CEU\)](#) para completar la información de cada CEU que realice y adjunte el formulario completo para su solicitud de renovación. Utilice una fila por curso de CEU, indique nombre de la organización, nombre de la CEU, la fecha de realización y la cantidad de CEU por curso. Envíe el formulario completo y las copias de los certificados de capacitación de CEU, junto con la solicitud de renovación.

[Consulte la página de renovación](#) para obtener más información.

Sección 4: Código de ética y firma

Esta sección es obligatoria para todos los solicitantes nuevos o que están realizando la renovación.	
Lea con atención las siguientes declaraciones e indique que las comprende y acepta firmando o escribiendo su nombre en el espacio provisto.	
He leído el Código Nacional de Ética y Estándares de Práctica para Intérpretes de Atención Médica (del Consejo Nacional de Interpretación en la Atención Médica), que está disponible en el sitio web del Programa de Intérpretes de Atención Médica . Entiendo que cualquier acción que no esté contemplada en estas pautas constituye una violación de estas normas de ética y estándares de práctica. Acepto, en la medida de mis posibilidades, brindar servicios de intérprete de atención médica conforme a estas pautas.	
Nombre en letra de imprenta:	
Firma:	Fecha:

Este formulario de solicitud se debe firmar y enviar por correo electrónico a:

hci.program@odhsoha.oregon.gov

o enviar por correo postal a:

OHA/Equity and Inclusion Division

Attn: Health Care Interpreter Program

421 SW Oak St, Suite 750

Portland, OR 97204

O también puede enviarlo por fax al:

971-673-1128

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Programa de Intérpretes de Atención Médica enviando un correo electrónico a hci.program@odhsoha.oregon.gov o llame al 971-673-3378. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Declaración de seguridad: Este formulario puede contener información personal. Si usted envía el formulario por correo electrónico existe el riesgo de que lo pueda interceptar alguien que no sea el destinatario pretendido. Si no está seguro de cómo enviar un correo electrónico seguro, considere utilizar el correo postal o enviarlo por fax.