Solicitud para ser Intérprete de un Idioma de Menor Difusión (Language of Lesser Diffusion, LLD por sus siglas en inglés)*

Verificación Alternativa de Dominio del Idioma

Este formulario de verificación alternativa de dominio del idioma es para los intérpretes que:

- Solicitan la cualificación de intérprete de atención médica (health care interpreter, HCI por sus siglas en inglés) de la Oregon Health Authority (OHA por sus siglas en inglés), **y**
- Son intérpretes de un idioma que no tiene un examen oficial de dominio del idioma.

La página web de HCI tiene más información sobre cómo cumplir con los requisitos para ser HCI.

Complete este formulario para cada idioma que no tiene un examen oficial de dominio del idioma. Envíe este formulario cuando envíe su solicitud de HCI. Puede enviar su solicitud directamente a través del Portal de Solicitud del Registro del Personal de Salud.

Nombre completo: _____ Fecha: _____

Lo siguiente es sobre el idioma para el cual usted quiere ser un HCI.

¿Cuál es el idioma o dialecto para el cual no tiene un examen oficial de dominio del idioma? _____

¿Cuál es el nombre del pueblo, la ciudad, la provincial o el país en donde se habla el idioma? _____

* Un idioma de menor difusión (LLD) puede ser el idioma nacional de un país pequeño del cual ha emigrado una población local, puede ser hablado por una pequeña minoría étnica como una población de refugiados, o puede ser hablado por un grupo indígena. Fuente: Gany F, González CJ, Schutzman EZ, Pelto DJ. 9. Involucrar a la comunidad para desarrollar soluciones para los idiomas de menor difusión. En: Jacobs EA, Diamond LC, editores. Providing Health Care in the Context of Language Barriers. Bristol, Blue Ridge Summit: Multilingual Matters; 2017. p. 149–69. Disponible en: https://www.degruyter.com/document/doi/10.21832/9781783097777-011

200-473356 OHA 3993 (03/2025)
TMP REV(06/2026)

¿Cuáles son algunos detalles sobre su experiencia como intérprete con el idioma que indicó anteriormente? Incluya:

- ¿Cuál es su experiencia interpretando?
- ¿Cuánto tiempo lleva interpretando?
- ¿Qué otros detalles sobre su experiencia como intérprete le gustaría que el Programa de HCI supiera?

_____

_____

_____

_____

_____

¿Qué otra capacitación o credenciales tiene en ese idioma?

Si no tiene ninguno, marque esta casilla ☐

_____

_____

_____

_____

_____

Escriba abajo **el nombre completo, el correo electrónico y el número de teléfono** de dos a tres referencias que conozcan su dominio del idioma y su experiencia como intérprete del idioma. Estos pueden ser líderes comunitarios, ancianos u otras personas que puedan dar fe de su dominio del idioma.

Referencia 1

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escriba su relación con el solicitante (por ejemplo, anciano de la comunidad, pastor u otra conexión con usted): _____

Referencia 2

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escriba su relación con el solicitante (por ejemplo, anciano de la comunidad, pastor u otra conexión con usted): _____

Referencia 3

Nombre completo: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Escriba su relación con el solicitante (por ejemplo, anciano de la comunidad, pastor u otra conexión con usted): _____

Firma del solicitante: _____

Si escribe su nombre completo con el teclado, se puede aceptar como su firma.

Si tiene preguntas sobre lo que debe de incluir en este formulario, comuníquese con el Programa de HCI enviando un correo electrónico a HCI.Program@odhsoha.oregon.gov.

La OHA revisará esta parte de la solicitud individualmente. Es posible que la OHA le pida más información.

Puede obtener este documento en otros idiomas, letra grande, braille o el formato que usted prefiera sin costo alguno. Comuníquese con el Programa de Intérpretes de Atención Médica, División de Equidad e Inclusión llamando al 971-673-3378 o enviando un correo electrónico a HCI.Program@odhsoha.oregon.gov. Aceptamos todas las llamadas de retransmisión.

Equity and Inclusion Division
Health Care Interpreter Program
800 NE Oregon St., Suite 705
Portland, OR 97232

HCI.Program@odhsoha.oregon.gov

OREGON HEALTH AUTHORITY

200-473356 OHA 3993 (03/2025)
TMP REV(06/2026)