



Nebraska Department of Health &
Human Services Health Navigation:
Trabajador(a) de Salud
Comunitario(a)
Paquete de Aplicación
(Aplicaciones caducan el 31 de Enero de 2019)

... Ampliar el acceso con un puente de cuidado



Health Navigation Nebraska

Curso de Trabajador(a) de Salud Comunitario(a)

¿Cuándo se me notificará de mi condición de aceptación?

Los solicitantes serán notificados de la aceptación dos semanas después de la fecha límite de inscripción.

¿Otros cursos de trabajadora comunitaria de salud estarán disponibles este año si no puedo asistir a la clase actual?

Sólo habrá un curso disponible en 2018. El próximo curso será en la primavera de 2019.

¿Qué es la cuota para el curso?

Una parte del curso se llevará a cabo en conjunción con la Conferencia de salud de minorías en Kearney, Nebraska. Algunos de los seminarios o sesiones serán necesarios para los estudiantes CHW. El costo de inscripción de la Conferencia de salud minoritaria se estima en \$100-125 para el día.

Por favor marque la casilla siguiente si necesitará una beca para asistir a la Conferencia de salud de minorías *:

- Sí, necesito una beca para asistir a la Conferencia
 - No, no necesito una beca para asistir a la Conferencia
- *becas dependen de disponibilidad de financiación.

¿En qué lugar se llevaran a cabo las sesiones en persona?

Holthus Convention Center

3130 Holen Ave., York, NE 68467

402-363-2675

Por favor envíe su solicitud por fax o correo electrónico a la dirección, correo electrónico, o teléfono de fax a continuación: curso de trabajador de salud comunitario

DHHS Women's and Men's Health Programs

PO Box 94817

Lincoln, NE 68509

Fax: 402.471.0913

Email: dhhs.chw@nebraska.gov

Phone: 402.471.6453 or 800-532-2227.

Health Navigation

Nebraska

Horario del Curso

<u>Orientación En Línea</u>	6 de Marzo, 2019 12:00 PM Tiempo Central	
Cuestionario de pre-evaluación y módulo de orientación	Fecha Caducada 12 de Marzo, 2019	
Temas de Estudio	Begin	Fechas caducados para las Tareas y exámenes
Semana 1: Orientación	6 de Marzo, 2019	12 de Marzo, 2019
Semana 2: Organización	13 de Marzo, 2019	19 de Marzo, 2019
Semana 3: Documentación	20 de Marzo, 2019	26 de Marzo, 2019
<u>Seminario En Línea</u> : Enseñanza Y Advocación	21 de Marzo, 2019, 10 puntos para el cuestionario que sigue	
Semana 4: Asesoramiento	27 de Marzo, 2019	2 de Abril, 2019
<u>Aprendizaje por E-learning:</u> Instrucciones del proyecto final	27 de Marzo, 2019 – Llene la Evaluación	
Semana 5: Coordinación de Servicios	3 de Abril, 2019	9 de Abril, 2019***
***¡IMPORTANTE! Todas las tareas, foros, exámenes y concursos deben ser completadas para el 9 de Abril, 2019 para que el estudiante puede continuar a la segunda etapa del curso.		
Semana 6: 1st En –Persona Sesión <i>Holthus Convention Center 3130 Holen Ave., York, NE 68467 402-363-2675</i>	16 de Abril, 2019	Traiga su Manual de recursos hoy
En –Persona Sesión <i>Minority Health Conference Holthus Convention Center</i>	17 de Abril, 2019	
Semana 7: Salud Colorrectal y exámenes de detección	18 de Abril, 2019	23 de Abril, 2019
<u>E-learning:</u> Diabetes	18 de Abril, 2019 – Llene la Evaluación	
Semana 8: Salud de los Senos y exámenes de detección	24 de Abril, 2019	30 de Abril, 2019
<u>Seminario:</u> Comunicación y Presentación	25 de Abril, 2019 – Llene la Evaluación	
Semana 9: Salud Cervical Y exámenes de detección	1 de Mayo, 2019	7 de Mayo, 2019
<u>Seminario:</u> Salud de Mujeres y Hombres	2 de Mayo, 2019 – Llene la Evaluación	
Semana 10: Salud Cardiovascular y exámenes de detección	8 de Mayo, 2019	14 de Mayo, 2019
<u>E-learning:</u> Mortalidad Infantil	9 de Mayo, 2019 – Llene la Evaluación	
Semana 11: 15 de Mayo – 21 de Mayo Complete el plan de trabajo para el proyecto final y sumita para aprobación el día Martes, 21 de Mayo, 2019.		
Semana 12: 22 de Mayo-4 de Junio Revisar el plan de trabajo del proyecto final con los estudiantes por los facilitadores.		

- Cada estudiante tendrá una reunión con un facilitador(a) de curso por teléfono
- Complete y finalice tareas, foros, exámenes pendientes del curso que incluya:
 - o Manual de recursos (Entrégalo el 11 de junio cuando al registrarse en la mañana)
 - o La presentación del tema de salud será en el día 12 de junio

Week 13: Días Finales En-Persona Sesiones <i>Holthus Convention Center</i>	11-12 de Junio, 2019	<i>Traiga su Manual de recursos</i>
--	----------------------	--



(Le recomendamos que conserve una copia de su solicitud para sus registros. Si usted tiene alguna pregunta, comuníquese con nosotros por teléfono o correo electrónico.)

Sección I. Información Sobre el Registrante

Nombre _____

Teléfono de trabajo _____ Teléfono Celular _____

Correo electrónico _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Nivel de estudio *(si es aplicable)* _____

Organización o lugar de Empleo *(si es aplicable)* _____

Título(s) del trabajo _____

Educación _____

¿Es una de sus funciones tomando la presión arterial? ___ No ___ Si Sí la respuesta es sí, cuán a menudo? _____

¿Número de años en su posición corriente? (marque uno):

___ 0–1 Años ___ 2–4 Años ___ 5–9 Años ___ 10 Años o más

Health Navigation

Nebraska

Primer Lenguaje: _____ País de Origen _____

Por favor lista alguna necesidad de accesibilidad:

Por favor lista alguna necesidad dietética:

En sus propias palabras, describa sus responsabilidades y actividades de salud pública en su organización o nos dicen por qué le gustaría tomar el curso de navegación de salud:

Sección I. Información Sobre el Registrante

¿Cómo te enteraste de DHHS navegación de salud: Curso trabajador de salud Comunitario?

(Marque todos los que aplican)

- Encuesta de evaluación Volante Supervisor Colega
- Conferencia/Exhibiciones Participante del pasado Presentación/Seminario Sitio Web
- Recomendación (por quién sí sabe) _____
- Otro _____

La siguiente información se utilizará para la total elaboración de informes y para nuestros proveedores de fondos y no se utiliza como criterios de admisión:

Género: Femenino Masculino

Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____

Raza/Etnicidad: Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Negro o Africano Americano Latino/Hispano

- Nativo Hawaiian u otro Islandés del Pacifico White
 Raza Mixta Otro
 Prefiero no responder



Sección II: Responsabilidades del estudiante en el curso Trabajador(a) de Salud Comunitario(a) (CHW)

Sera llenado y firmado por el Registrante:

Estudiantes CHW deben ser capaces de usar el curso en línea, asistir a seminarios y participar en entrenamientos en persona 2: (entrenamientos en persona son: 2 días en el medio del curso y 2 días al final del curso. Véase el horario)

- Yo comprometo el tiempo necesario para completar todas las partes del curso en línea, completar todas las tareas, responder preguntas acerca de lo que he aprendido y asistir a todos los sesiones en persona y seminarios del curso de capacitación. (Nota: esto puede tomar un promedio de 6 horas por semana.)
- Entiendo que debo asistir a todas las actividades y presentaciones en los días de capacitación en persona.
- Seré un participante activo en los foros del curso y estoy de acuerdo a participar en los debates durante las actividades de aprendizaje del grupo.
- Voy a trabajar con mi patrocinador/empleador en la creación y realización de un proyecto final de trabajador de salud de comunidad que está relacionada con salud pública y las habilidades aprendidas en este curso.
- Voy a tener acceso al equipo adecuado de hardware y software para participar en el curso en línea y para completar las tareas.
- Tendré una cuenta de correo electrónico para que los formadores del curso pueden contactarme a través de correo electrónico.
- Entiendo que todos los gastos de viaje son responsabilidad del participante o su organización.

Como un solicitante de DHHS navegación de salud: curso de trabajador de salud comunitario, he leído las anteriores responsabilidades de CHW y acepta todas las condiciones y requisitos del curso.

Para fines de promoción, yo autorizo el uso de mi nombre como un estudiante/alumno del curso y de las fotografías tomadas durante mi participación en actividades del curso.

Firma del Estudiante: _____ Fecha: _____
(Se permite la firma Electrónica)

Imprime su nombre: _____



Sección III: Supervisor(a)/Responsable de Endosar o Apoyar

Será llenado y firmado por (escoja uno)

- Supervisor(a) Del registrante*
- Mentor(a) que trabajará con el registrante*

Como el supervisor(a) inmediato o el mentor(a) de _____, he leído la descripción de CHW responsabilidades del estudiante y estoy de acuerdo a lo siguiente:

- Permitiré que ella/él tenga tiempo para las tareas regularmente asignadas a participar en los actividades de la navegación de 14 semanas DHHS salud: curso de trabajador de salud comunitario más tiempo adicional para planear, crear y completar un proyecto final 'Capstone'. (El supervisor y el solicitante estarán de acuerdo en cómo tener en cuenta para el tiempo.)
- Le permitiré al estudiante acceso a un ordenador (Computadora) para la porción en línea del curso y completar los proyectos.
- Apoyo el uso de conocimiento recién aprendido, habilidades, actitudes y competencias de los alumnos en su trabajo
- Me reuniré con el estudiante semanalmente o cuando sea necesario, para revisar las tareas asignadas y discutir el curso.
- Le ayudará al estudiante en la planificación, creación y completar un proyecto final de trabajador de salud de comunidad que estén en consonancia con las prioridades de nuestra agencia y utilizar las nuevas habilidades aprendidas por el estudiante.

Firma de Supervisor(a)/Mentor(a): _____ Fecha: _____

(Se permite la firma Electrónica)

Imprime su nombre: _____

Posición/ Título: _____

Nombre de Organización: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónica: _____