

Federally Qualified Health Centers (FQHCs) son entidades públicas o sin fines de lucro que prestan servicios a poblaciones designadas como marginadas en términos médicos. La Community Health Center Board (CHCB) es responsable de establecer las políticas del Health Center y garantizar que este responda a las necesidades de la población.

Esta es una solicitud para ser considerado como miembro voluntario de la Junta de cosolicitantes de los Centros de Salud Comunitarios del condado de Multnomah. **La presentación de esta solicitud no garantiza la nominación ni la membresía.** Para obtener más información sobre el proceso de nominación, envíe un correo electrónico a chcb.liaison@multco.us

Si desea que se lo considere para la nominación a la junta, complete toda la solicitud.

Nombre y apellido:	<input type="text"/>	Nombre preferido:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>
Identidad de género:	<input type="text"/>	Pronombres:	<input type="text"/>
Dirección:	<input type="text"/>		

¿Cuál es la mejor manera de contactarte? (marca con una X)

Teléfono:

Correo electrónico:

Texto:

Correo postal:

1. Describa el motivo por el que le interesa ser miembro de la junta para la CHCB:

2. ¿Qué asuntos de salud le interesan más? (Marque con X los tres principales) _____

Acceso a atención médica <input type="checkbox"/>	Discapacidades y acceso <input type="checkbox"/>	Salud mental <input type="checkbox"/>
Adicción y recuperación <input type="checkbox"/>	Prevención de enfermedades <input type="checkbox"/>	Nutrición/Acceso a la comida <input type="checkbox"/>
Envejecimiento <input type="checkbox"/>	Equidad en salud <input type="checkbox"/>	Políticas públicas y gobierno <input type="checkbox"/>
Enfermedad crónica <input type="checkbox"/>	Personas sin hogar <input type="checkbox"/>	Salud espiritual <input type="checkbox"/>
Agua, alimentos y aire limpio <input type="checkbox"/>	Vivienda y salud <input type="checkbox"/>	Salud de jóvenes y estudiantes <input type="checkbox"/>
Salud dental y oral <input type="checkbox"/>	Salud materno-infantil <input type="checkbox"/>	Otro (escriba aquí) _____ <input type="checkbox"/>

3. ¿Sus intereses están vinculados a alguna comunidad específica (raza, etnia, situación económica, situación de vivienda, etc.)? En caso afirmativo, indíquenos cuáles.

4. ¿Trabaja en el sector de atención médica o para una organización de salud? En caso afirmativo, describa su función en el sector de atención médica:

Sí No

5. ¿Usted, o un niño o adulto dependiente, es paciente de alguna de las clínicas Multnomah County Health Department?

Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde fue su última visita?

6. ¿Usted, su cónyuge, hijo o padre trabaja para Multnomah County, Health Department, Integrated Clinical Services (ICS) o Board of County Commissioners?

Sí No

En caso afirmativo, describa su relación con el empleado:

7. ¿Vive o trabaja en el Multnomah County? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Vivo Trabajo

8. ¿Tiene habilidades o experiencia en alguna de estas áreas? Marque todas sus habilidades con una de las siguientes letras: B (básico), I (intermedio) o E (experto).

Experiencia previa en juntas	<input type="checkbox"/>	Sistemas de atención médica	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud pública	<input type="checkbox"/>
Banca/Finanzas/Contador público certificado	<input type="checkbox"/>	Recursos humanos	<input type="checkbox"/>	Discursos públicos	<input type="checkbox"/>
Organización comunitaria	<input type="checkbox"/>	Jurídico/Asistente jurídico /Aboado	<input type="checkbox"/>	Control de calidad	<input type="checkbox"/>
Resolución de conflictos	<input type="checkbox"/>	Administración/Supervisión	<input type="checkbox"/>	Entidades sin fines de lucro	<input type="checkbox"/>
Diversidad/Igualdad/Inclusión	<input type="checkbox"/>	Experiencia/Defensa de paciente	<input type="checkbox"/>	Otra	<input type="checkbox"/>
Promoción de la salud	<input type="checkbox"/>	Desarrollo/Revisión de políticas	<input type="checkbox"/>		

9. ¿Posee alguna licencia profesional, título o certificación que pueda mejorar o aportar información a su participación en la junta?

10. ¿A qué comités le interesaría unirse?

Finanzas

Calidad

Estatutos

Nominación

11. Mencione las habilidades que desea desarrollar:

12. ¿Participa activamente en alguna otra organización de defensa?

Sí

No

En caso afirmativo, comparta los nombres:

13. ¿Puede comprometerse a asistir al menos a una reunión de dos horas (2 h) al mes?

Sí

No

14. ¿Con qué razas Y etnias se identifica?

15. ¿Cuál es su idioma preferido?

16. ¿Tiene alguna preferencia o restricción alimentaria?

17. ¿Necesita ayuda con el transporte hacia o desde las actividades relacionadas con la junta?

Sí

No

Opcional: ¿Hay algo más que quiera contarnos sobre usted? Utilice una hoja de papel aparte, si es necesario, para describirlo (obligaciones familiares y personales, estado de salud, etc.).

Firma: Al firmar a continuación, certifico que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera según mi leal saber y entente

Firma: _____ Date: _____