Tomando Control de su Salud - Capacitación del Líder

Programa de Stanford acerca de Autogestión en Enfermedades Crónicas

La Capacitación de Liderazgo es proporcionada por varias organizaciones en Oregon.

Oregon DHS
Cara Biddlecom
800 NE Oregon St.
Portland, OR 97232
living.well@state.or.us
(971) 673.2284

Para una lista de las capacitaciones ofrecidas en el futuro, por favor visite www.healthoregon.org/livingwell/ haga clic en "Leader Training and Support". A las organizaciones interesadas en ofrecer el programa de 6-semanas de Tomando Control de su Salud se les invita a aplicar para enviar equipos a la Capacitación de Liderazgo de 4-días. **Las solicitudes deben ser recibidas por lo menos tres semanas antes de la fecha de inicio de la capacitación.**

Para más información en Tomando Control de su Salud, por favor visite www.healthoregon.org/livingwell/.

Para más información del Programa de Stanford acerca de Autogestión de Enfermedades Crónicas (CDSMP, por sus siglas en inglés), por favor visite http://patienteducation.stanford.edu/programs/cdsmp.html

Quién puede Aplicar

Cada uno de los programas de Tomando Control de su Salud deben ser presentados por dos líderes capacitados. La Universidad Stanford recomienda firmemente que los Líderes sean personas con una condición crónica latente, y que uno de ellos sea compañero del Líder y no un proveedor de servicio social o de salud. Es también muy útil que los Líderes hayan asistido a los talleres como participantes antes de empezar a capacitar a otros.

Para ser Líderes, los participantes deben atender los 4 días de capacitación completos y presentar un programa. Las organizaciones que ofrecen este programa deben hacerlo bajo licencia de la Universidad Stanford (ver más adelante).

Compromiso de la Organización & del Líder

Las organizaciones que envían participantes se comprometen a la capacitación inicial de 4 días, además del tiempo para coordinar y proveer al menos 2 programas comunitarios de seis semanas dentro de los siguientes 12 meses, con el primer programa para ser impartido dentro de dos meses de la capacitación. Las organizaciones se comprometen también a enviar información de seguimiento de DHS acerca de los talleres y de los participantes en forma regular, utilizando formas provistas por DHS. Otros costos potenciales del programa que las organizaciones deben considerar incluye la coordinación del mismo, materiales para el participante y licencia del programa (ver más adelante).

Capacitación del Líder

La participación es limitada a 20 personas, con prioridad ofrecida a las personas registradas con las siguientes capacidades:

- Comprometidos a ofrecer cuando menos dos programas de 6-semanas dentro de un año de ser capacitados.
- Tener habilidad organizacional para apoyar la promoción e implementación del programa.
- Contar con equipos en la organización de dos o más personas, incluyendo compañeros de líderes con condiciones crónicas.
- Capacidad de llegar a audiencias diversas incluyendo poblaciones de bajo ingreso y de alto riesgo.

Costos de la Capacitación

Actualmente, la Capacitación de Liderazgo de 4-días se ofrece en los centros regionales sin costo alguno debido al apoyo de las organizaciones de capacitación regional y al de las becas provenientes de varias fuentes. Como parte de la capacitación, los aprendices reciben material de capacitación, un CD de relajación muscular para el líder, así como 10 libros participantes los cuales pueden ser utilizados cuando presenten el programa. Se pueden comprar libros adicionales de parte de la organización secundaria (costo $18.95; con descuentos disponibles para órdenes de mayoreo), o un pequeño honorario de libro puede ser cargado a los participantes en el programa. Para más información en cómo obtener libros del participante, comuníquese con living.well@state.or.us.

Becas

Un número limitado de becas están disponibles para las personas que planean dirigir en Oregon el programa de Tomando Control de su Salud, con la financiación proporcionada por el Departamento de Servicios Humanos de Oregon. Las becas serán concedidas a los líderes propuestos (voluntarios de la comunidad) para ayudar a sustentar los costos de la Capacitación de Liderazgo de 4-días.

Los líderes propuestos que desean solicitar una beca necesitan completar la solicitud de beca adjunta (encontrada en la página 7) y entregarla con esta solicitud.

Licencia del Programa

Tomando Control de su Salud es un Programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas, un programa con licencia de la Universidad de Stanford, y Stanford retiene la propiedad de los derechos registrados del programa. Los líderes están de acuerdo a no alterar el programa.

Las agencias y organizaciones que ofrecen el CDSMP deben tener licencia **Una licencia organizacional de parte de Stanford tiene un costo de $500** para las organizaciones que ofrecerán hasta 10 programas por año. Para más información acerca de la licencia, por favor visitar http://patienteducation.stanford.edu/licensing/ o llamar a Stanford directamente al (650) 723-7935.

Hay varias organizaciones y agencies con licencia en Oregon (ver la lista en http://patienteducation.stanford.edu/organ/cdsites.html#OR). Si un grupo ofrece el programa en colaboración con uno de estas organizaciones con licencia actual, podrían estar cubiertos con una licencia existente. También es posible para pequeñas organizaciones no lucrativas que soliciten un honorario reducido de licencia a Stanford. Las organizaciones o agencias que deseen ofrecer el programa independientemente deben comprar su propia licencia.

Lista de verificación de la solicitud

Para presentar una solicitud para la Capacitación de Liderazgo próxima, por favor entregue los siguientes documentos al Centro regional de Capacitación donde se lleve a cabo la capacitación que está usted solicitando (Centros de Capacitación e información de contacto página 1).

☐ 1. Programa de Licenciatura de la Universidad Stanford

☐ 2. Preguntas de la Organización (páginas 4-5)

☐ 3. Información del Solicitante (página 6)

☐ 4. Solicitud de Becas (página 7, de aplicarse)

Tomando Control de su Salud

Capacitación de Liderazgo de Cómo Vivir Bien con Condiciones Crónicas

Solicitud

1. Licenciatura del Programa

Para poder participar en esta capacitación, usted debe estar afiliado con una organización que esté licenciada por Stanford para presentar el programa de Autogestión de Enfermedades Crónicas (CDSMP, por sus siglas en inglés). Por favor indique a continuación el estatus de su organización.

- ☐ Mi organización cuenta con una licencia CDSMP de Stanford.
- ☐ Mi organización está asociada con una organización que cuenta con una licencia CDSMP actual de Stanford, se adjunta a esta solicitud una carta describiendo nuestra sociedad.
- ☐ Mi organización ha solicitado a Stanford la licencia CDSMPy se espera completar el papeleo antes de la capacitación de liderazgo.

Para información detallada acerca de la licencia a este programa, por favor visite http://patienteducation.stanford.edu/licensing/ o comuníquese al Centro Educativo de Investigación del Paciente de la Universidad de Stanford al (650) 723-7935.

Note por favor que esa capacitación no puede ser proporcionada a personas que no estén afiliadas a una organización con licencia.

2. Preguntas de la Organización

Por favor conteste las siguientes preguntas acerca de su organización.

1. ¿Cómo se compagina la capacitación de Tomando Control de su Salud en los planes de largo alcance de su organización para apoyar a las personas con condiciones crónicas en su comunidad?

2. Describa la ocupación del personal dentro de la organización y cómo podrán dedicar tiempo para promover y coordinar los programas de Tomando Control de su Salud dos veces al año, y apoyar a los líderes propuestos (voluntarios de la comunidad).

3. Los nuevos Líderes deberán presentar el primer programa en dos meses después de esta capacitación. Por favor indique la fecha y la dirección del primer programa que su(s) Líder(es) estarán encargados de llevar a cabo.

3. Información del Solicitante **(favor de copiar esta página si se necesita)**

Nombre del Líder que solicita: _____

¿Para cuál capacitación de liderazgo está usted solicitando? Dirección: _____ Fecha: ____

¿Será usted un Líder Propuesto (no un proveedor de servicio social profesional o de salud)?
Sí No

¿Vive usted con una condición crónica? Sí No

¿Ha asistido a algún programa de Tomando Control como participante? Sí No

Agencia Patrocinadora: _____

Título/Posición: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Describa brevemente su interés en la participación de este programa y cómo se relaciona a la organización licenciada.

¿Anticipa usted cualquier barrera para dirigir dos talleres al año? (obligaciones de trabajo o familiares, transportación, salud, etc.)? Si la respuesta es sí, por favor explique.

_____ _____ _____
Firma del Solicitante Título Fecha

<u>Acomodaciones solicitadas</u>:

- ☐ Intérprete de lenguaje en señas
- ☐ Sistema FM (para impedidos del audio)
- ☐ Mesas altas para sillas de ruedas
- ☐ Materiales impresos en texto de tamaño grande

_____ _____ _____
Firma de la Agencia Patrocinadora Título Fecha

4. Capacitación de Liderazgo de Tomando Control de su Salud Solicitud de Beca

Gracias por su interés en el programa de Tomando Control de su Salud. Un número limitado de becas de parte del Departamento de Servicios Humanos de Oregon están disponibles para las personas que se comprometan en presentar los programas de Tomando Control de su Salud en Oregon.

Becas de $300 para los Líderes Propuestos **únicamente** (individuos que no dirigen programas como parte de sus trabajos pagados), y están designados a ayudar a sustentar los costos de la capacitación mientras participa en la capacitación de Liderazgo de cuatro días de Tomando Control de Su Salud. Para solicitar una beca, por favor complete esta forma y entréguela junto con su solicitud de la capacitación de Tomando Control de su Salud.

Términos de la beca:

1. Completar la Capacitación de Liderazgo de 4-días.
2. Comprometerse a presentar a la comunidad por lo menos dos talleres de Tomando Control.
3. Por favor indique el mes planeado para su primer taller: _____

Si está de acuerdo con los términos arriba mencionados, por favor complete lo siguiente:
Dirección de la Capacitación y Fecha: _____

Nombre: _____

¿Líder propuesto? __ sí __ no

Correo electrónico:_____Número de Fax:_____

Dirección:_____

_____

Teléfono del domicilio:_____Teléfono del trabajo:_____

Condado donde presentará los programas: _____

Organización con licencia por la que usted ofrecerá los programas:_____

Firma: _____ Fecha: _____

Regional Training Site Approval *(to be completed by regional training center)*
Social security number of individual receiving scholarship: _____

Approval signature: _____ Date: _____

DHS Approval *(to be completed by DHS)*
Approved For Payment: **Accounting Code: Index _____ PCA _____**

_____ _____
Program Manager Program Support Manager