



## Certificado de proveedor de doulas de Health First Colorado

### El programa Medicaid y el Plan de Salud Infantil Plus (CHP+) de Colorado

#### Solicitud del proveedor

**Importante: Por favor, lea atentamente antes de completar este formulario.**

- Complete solo una sección del itinerario. — **Certificación o experiencia**—no ambos.
- Adjunte todos los documentos requeridos al enviar su solicitud.
- Verifique que todas las fechas (por ejemplo, CPR, Código de Conducta, Certificación) coincidan en todos los documentos que enumera y en este formulario de certificación.
- Incluya solo las iniciales y las fechas de nacimiento - no utilice nombres completos ni otros identificadores personales de los clientes a los que haya asistido en el parto.
- Solicitantes de la vía de certificación - adjunten su certificado de una organización de formación de doulas aprobada que figure en el [Página web de doulas](#).

**Nombre de proveedor:** \_\_\_\_\_

**Identificador Nacional de Proveedores (NPI):** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico del proveedor:** \_\_\_\_\_

Certifico queuento con las credenciales, la experiencia y/o la formación que se indican a continuación. Solicito la inscripción a través de (marque una opción):

- Vía de certificación  
 Trayectoria profesional

**Nota:** Complete todas las declaraciones en la sección Trayectoria que hayan sido marcadas y luego firme debajo de la declaración de certificación al final de este formulario.

#### Ruta de certificación

**Complete las cuatro declaraciones y cargue los documentos requeridos.**

- (1) **Certificación de doula:** Certifico que he recibido formación como doula en una de las organizaciones de formación aprobadas por el Departamento.

**Adjunte:** Copia de su certificado de doula

Organización certificadora: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

# de horas de formación completadas: \_\_\_\_\_

(2) **Asistencia al parto:** Certifico que he asistido al menos a tres (3) partos (sin incluir el mío propio) en los últimos cinco (5) años. Incluya solo las fechas de nacimiento y las iniciales de los clientes-no incluya nombres ni identificadores adicionales.

Fecha de nacimiento	iniciales de los clientes
Fecha de nacimiento 1:	
Fecha de nacimiento 2:	
Fecha de nacimiento 3:	

(3) **Formación en RCP:** Certifico que poseo una certificación vigente en RCP. **Adjunte:**  
copia de su tarjeta de RCP.  
Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(4) **Código de conducta:** Certifico que cumpliré el Código de Conducta de las Doulas.  
Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

*Omita la siguiente sección y continúe con la Declaración de certificación para firmar y fechar este formulario.*

### Trayectoria profesional

**Complete las cinco declaraciones y cargue los documentos requeridos.**

(1) **Asistencia al parto:** Certifico que he asistido al menos a diez (10) partos en mi función de doula **y** que al menos cinco (5) de esos partos han tenido lugar en los últimos dos (2) años.

Fecha de nacimiento	iniciales de los clientes
Fecha de nacimiento1:	
Fecha de nacimiento2:	
Fecha de nacimiento3:	
Fecha de nacimiento4:	
Fecha de nacimiento5:	
Fecha de nacimiento6:	
Fecha de nacimiento7:	
Fecha de nacimiento8:	
Fecha de nacimiento9:	
Fecha de nacimiento10:	

(2) **Cartas de recomendación:** Certifico que he adjuntado cuatro (4) cartas de recomendación:

- Dos (2) de los proveedores del equipo de parto (por ejemplo, doula, enfermera, comadrona, obstetra).
- Dos (2) de clientes anteriores

Carta del equipo de parto #1 – Nombre \_\_\_\_\_

Fecha del parto asistido: \_\_\_\_\_

Carta del equipo de parto #2 – Nombre \_\_\_\_\_

Fecha del parto asistido: \_\_\_\_\_

Carta del cliente #1 –Nombre \_\_\_\_\_

Fecha del parto asistido: \_\_\_\_\_

Carta del cliente #2 –Nombre \_\_\_\_\_

Fecha del parto asistido: \_\_\_\_\_

(3) **Formación en RCP:** Certiflico que poseo una certificación vigente en RCP. **Adjunte:** copia de su tarjeta de RCP.

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(4) **Código de conducta:** Certiflico que cumpliré el Código de Conducta de las Doulas.

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

(5) **Conocimientos y competencias:** Certiflico tener conocimientos y competencias en las siguientes:

**Por favor, ponga sus iniciales en cada elemento.**

área de competencia	iniciales
Apoyo durante el embarazo/el periodo perinatal	
Educación sobre el parto	
Anatomía del embarazo, el parto y el posparto	
Medidas de confort no médicas	
Técnicas de apoyo al parto	
Cuidado del recién nacido/bebé	
Apoyo a la alimentación/lactancia	
Apoyo posparto/recuperación	
Apoyo familiar/de pareja	
Elaboración de una lista de recursos comunitarios	
Atención informada sobre el trauma	
Diversidad, equidad e inclusión (sensibilidad cultural)	

### **Declaración de certificación**

Afirmo que la información contenida en este documento y en cualquier anexo es verdadera, actual y completa, y que se ha proporcionado de buena fe. Entiendo que cualquier omisión o tergiversación puede dar lugar a la denegación de mi solicitud o a la exclusión del programa Health First Colorado Medicaid Doula Benefit. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar y mantener la documentación adecuada para cumplir con los requisitos.

**Nombre del proveedor :** \_\_\_\_\_

**Firma del proveedor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Revised February 2026

Improve health care equity, access and outcomes for the people we serve while  
saving Coloradans money on health care and driving value for Colorado.

[hcpf.colorado.gov](http://hcpf.colorado.gov)

