

# Certificado de proveedor de doulas de Health First Colorado

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

**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 [sitio web del departamento](#).

### Solicitud del proveedor

Nombre del proveedor	
Identificador Nacional de Proveedores (NPI)	
Correo electrónico del proveedor	

Certifico que cuento 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 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.

**Incluya únicamente las fechas de nacimiento y las iniciales de los clientes, no incluya nombres ni identificadores adicionales.**

(Utilice filas adicionales si es necesario)

- Fecha de nacimiento 1: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 2: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 3: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 4: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 5: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 6: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 7: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 8: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 9: \_\_\_\_\_
- Fecha de nacimiento 10: \_\_\_\_\_

### **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

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: \_\_\_\_\_

### 5. Conocimientos y competencias

Certifico tener conocimientos y competencias en las siguientes áreas:

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

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