

Cuestionario de solicitud del Comité Asesor de Salud Móvil

Esta solicitud está destinada a las personas interesadas en unirse al Comité Asesor de Salud Móvil (Mobile Health Advisory Committee, MHAC). Completar este formulario le llevará entre 15 y 30 minutos. Los formularios de aplicación tienen que entregarse antes del 5 de enero de 2025 para la primera ronda de evaluaciones. Envíe su solicitud por correo electrónico a medicaid.engagement@odhsoha.oregon.gov

Para obtener más información o solicitar este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita, comuníquese con nosotros 503-Shanaè Joyce-Stringer, especialista en Asuntos Públicos, a shanae.joyce-stringer@oha.oregon.gov o llame al (503) 979-8597. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.

Requerido*

1. Su nombre completo (nombre y apellido):*

2. Pronombres*

- ella/su
- él/su
- elle
- ze/hir/hirs
- No uso pronombres, uso mi nombre
- Prefiero no responder

Other

3. Número de teléfono *

4. Indique que los siguientes medios de contacto son aceptables usando el número de teléfono proporcionado: *

¿Acepta enviar o recibir mensajes de texto?

¿Acepta dejar mensajes de voz?

5. Dirección de correo electrónico preferida *

6. (OPCIONAL) Dirección de correo electrónico secundaria. Si la suministra, ambas direcciones de correo electrónico se usarán para compartir información y comunicarnos con usted.

7. Clasifique en orden su método de comunicación preferido. Si no nos es posible obtener una respuesta por correo electrónico, usaremos los demás métodos de comunicación. *

8. Ciudad y condado (donde vive o trabaja): *

Identificación profesional/de población prioritaria

De acuerdo con el proyecto de ley 4052, más de la mitad de los miembros del MHAC debe representar a las poblaciones pri-oritarias de Oregon. También se invita a los profesionales de salud pública y de atención médica y a otros expertos a inscribirse. Para obtener más información sobre cómo el proyecto de ley 4052 define las poblaciones prioritarias, visite: <https://olis.oregonlegislature.gov/liz/2022R1/Downloads/MeasureDocument/HB4052> and <https://www.oregon.gov/oha/PH/ABOUT/Documents/ship/HB4052%20Presentacion.pdf>

9. ¿Ha recibido servicios de atención médica (por ejemplo, médica, dental, o de salud mental) de una unidad de salud móvil? *

Sí

No

10. ¿Es actualmente o fue en el pasado un profesional de la salud pública o de atención médica?

Sí

No

11. ¿Se identifica como miembro de una población prioritaria? Las poblaciones prioritarias se definen de la siguiente manera: Comunidades de color; Las nueve tribus en Oregon reconocidas a nivel federal y los descendientes de miembros de las tribus; Inmigrantes; Refugiados; Trabajadores agrícolas migrantes y temporales; Personas y familias de bajos ingresos; Personas con discapacidades; Personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o queer, o que cuestionan su identidad sexual o su identidad de género; Personas que han experimentado enfermedades evitables u otros problemas de salud o sociales atribuibles directa o indirectamente al racismo. *

Sí

No

12. (Opcional) ¿Con qué poblaciones prioritarias se identifica? Seleccione todas las opciones que correspondan. Esta información no se compartirá públicamente, pero puede usarse para identificar las brechas en las poblaciones prioritarias para futuros esfuerzos de reclutamiento.

Comunidades de color

Las nueve tribus de Oregon reconocidas a nivel federal y los descendientes de miembros de las tribus

Inmigrantes

Refugiado

Trabajadores agrícolas migrantes y temporales

Personas y familias de bajos ingresos

Personas con discapacidades

Personas que se identifican como lesbianas, gays, bisexuales, transexuales o queer, o que cuestionan su identidad sexual o su identidad de género

Personas que han experimentado enfermedades evitables u otros problemas de salud o sociales atribuibles directa o indirectamente al racismo

Preguntas de respuesta breve

13. Describa su experiencia con las unidades de salud móviles, si la tuviera. (Por ejemplo, es posible que trabaje con unidades de salud móviles o que haya recibido atención de una de estas). **Unidad de salud móvil:** cualquier persona o equipo que se traslade a las comunidades para proporcionar servicios relacionados con la salud. *

14. El Comité Asesor de Salud Móvil le brinda recomendaciones a la Oregon Health Authority sobre cómo otorgar fondos de subsidios a entidades para operar unidades de salud móviles. Estos subsidios tienen como finalidad mejorar los resultados de salud de los residentes de Oregon afectados por el racismo. ¿Qué sugerencias daría sobre otorgar financiación de subvenciones a unidades de salud móviles para ayudar a mejorar la salud de la comunidades en Oregon que reciben un trato injusto debido al racismo?*

15. Comparta su experiencia personal para comprender la equidad de salud y por qué este trabajo es importante para usted. *

16. ¿Qué habilidades o experiencia (personal o profesional) aportará al Comité Asesor de Salud Móvil?*

17. ¿Por qué le gustaría brindar servicios en el Comité Asesor de Salud Móvil? *

18. ¿Tiene alguna pregunta o comentario? Inclúyalos aquí.