

OFFICE USE ONLY

D S 2 7 6 0 6 6 A

Course ID

Access Record ID

OMB Control No. 0920-0017
Exp. Date: 6/30/2006

**Red Nacional del CDC de Centros de Entrenamiento de Prevención del VIH/ETS
CDC National Network of STD/HIV Prevention Training Centers
FORMA DE INFORMACION DEL PARTICIPANTE**

Fecha de hoy _____

Título del Curso Relaciones Saludables Fecha del Curso 9-12 de junio del 2009 Lugar del Curso Boston, Mass.

Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

Licenciatura _____ Título/Posición _____

Organización _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ País (si fuera de EEUU) _____

Teléfono _____ Teléfono alternativo _____ Correo electrónico _____

<p>Para crear su número de identificación, use las primeras 2 letras de su nombre, las primeras 2 letras de su apellido, el mes de su nacimiento, y la fecha de su nacimiento. Por ejemplo: Juan Villa, 29 de mayo sería JUVI0529.</p>	<p>__ __ # # (primeras 2 letras de su nombre)</p>	<p>__ __ # # (primeras 2 letras de su apellido)</p>	<p>__ __ M M (mes de su nacimiento)</p>	<p>__ __ D D (fecha de su nacimiento)</p>
--	---	---	---	---

1. **Su género:** Femenina Masculino Transgénero
2. **Su etnicidad (escoger una respuesta):** Hispano o Latino No Hispano o Latino
3. **Su raza (escoger una respuesta):**
 Americano Nativo o Alaska Nativo Asiático Negro o Africo Americano
 Hawaiano Nativo o de Otra Isla Pacífica Caucásico
4. **Clasificación de su trabajo (escoger solo una respuesta):**
 Clínica/laboratorio..... Responder a preguntas 5 y 6
 No clínica..... Responder a preguntas 7 y 8

<p>5. Su profesión (escoger una respuesta): <input type="checkbox"/> 1. Doctor <input type="checkbox"/> 2. Asistente de Doctor <input type="checkbox"/> 3. Enfermera Certificada <input type="checkbox"/> 4. LPN/LVN <input type="checkbox"/> 5. Enfermera, Práctica Avanzada <input type="checkbox"/> 7. Trabajador de laboratorio <input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <p>6. Función principal de su rol (escoger una respuesta): <input type="checkbox"/> 1. <i>Clinician</i> <input type="checkbox"/> 2. Administrador <input type="checkbox"/> 3. Supervisor <input type="checkbox"/> 4. Coordinador de Programa <input type="checkbox"/> 5. Trabajador Social <input type="checkbox"/> 6. Trabajador Social de Prevención <input type="checkbox"/> 7. Consejero <input type="checkbox"/> 8. Investigador <input type="checkbox"/> 9. <i>Resident/fellow</i> <input type="checkbox"/> 10. Laboratorio <input type="checkbox"/> 11. Estudiante <input type="checkbox"/> 12. Facultad <input type="checkbox"/> 13. Educador de Salud <input type="checkbox"/> 14. Entrenador <input type="checkbox"/> 15. Alcance Comunitario <input type="checkbox"/> 16. Investigación/intervención de enfermedades <input type="checkbox"/> 17. No empleado <input type="checkbox"/> 18. Otro: _____</p>	<p>Clinico/Laboratorio</p>
---	-----------------------------------

<p>7. Su profesión (escoger una respuesta) <input type="checkbox"/> 1. Epidemiólogo <input type="checkbox"/> 2. Trabajador de Salud Comunitario <input type="checkbox"/> 3. Investigador/Especialista de Intervención de Enfermedades <input type="checkbox"/> 4. Educador de Salud <input type="checkbox"/> 5. Trabajador Social <input type="checkbox"/> 6. Científico de Comportamientos <input type="checkbox"/> 7. Consejero <input type="checkbox"/> 8. Administrador <input type="checkbox"/> 9. Terapeuta de Salud Mental <input type="checkbox"/> 10. Otro: _____</p> <p>8. Función principal de su rol (escoger una respuesta): <input type="checkbox"/> 1. Administrador <input type="checkbox"/> 2. Supervisor <input type="checkbox"/> 3. Coordinador de Programa <input type="checkbox"/> 4. Trabajador Social <input type="checkbox"/> 5. Trabajador Social de Prevención <input type="checkbox"/> 6. Consejero <input type="checkbox"/> 7. Investigador/epidemiólogo <input type="checkbox"/> 8. <i>Resident/fellow</i> <input type="checkbox"/> 9. Estudiante <input type="checkbox"/> 10. Facultad <input type="checkbox"/> 11. Educador de Salud <input type="checkbox"/> 12. Entrenador <input type="checkbox"/> 13. Alcance Comunitario <input type="checkbox"/> 14. Investigación/intervención de enfermedades <input type="checkbox"/> 15. No empleado</p>	<p>No Clínico</p>
--	--------------------------

Nombre _____ Inicial del Segundo Nombre _____ Apellido _____

9. **Lugar de su empleo principal:** Estado o territorio _____ Código Postal _____

10. **Lugar de su empleo principal (escoger una respuesta):**

1. Organización Comunitaria 2. Departamento de Salud Local/Estatal 3. Escuela/Universidad (departamento académico) 4. Hospital o Clínica afiliada a hospital 5. HMO/Organización de Manejo de Cuidado 6. Práctica Médica Privada 7. Escuela/Universidad (clínica de salud) 8. Centro de Corrección 9. Militar 10. Servicio de Salud Tribal/Americano Nativo 11. Clínica/Centro de Salud no-lucrativa comunitaria 12. Proveedor de Asistencia para el Desarrollo de Capacidad 13. No empleado 14. Otro (favor de especificar): _____

a. Si trabaja dentro de una Organización Comunitaria, favor de especificar de donde reciben fondos (**escoger solo una respuesta**):

1. Fondos directos del CDC – anuncio de programa 04064 2. Fondos directos del CDC – anuncio de programa 03003 3. Otro anuncio de programa del CDC (favor de especificar): _____
 4. Departamento de Salud 5. Otro (favor de especificar): _____

b. Si su organización recibe fondos del CDC para proveer Asistencia Técnica y para el Desarrollo de Capacidad, favor de especificar de donde reciben fondos (**escoger solo una respuesta**):

1. Fondos directos del CDC – anuncio de programa 05051 2. Fondos directos del CDC – anuncio de programa 04019 3. Otro anuncio de programa del CDC (favor de especificar): _____
 4. Departamento de Salud 5. Otro (favor de especificar): _____

11. **Enfoque primario de su trabajo (escoger no más de dos opciones):**

- ETS VIH/SIDA Salud de Reproducción de Mujeres Medicina General o Práctica Familiar
 Salud de Adolescentes/Estudiantes Salud Mental Adicción/Abuso de Drogas Medicina de Emergencia Centro de Corrección Otro (favor de especificar): _____

12. **Población(es) Especial(es) o grupo de enfoque de su trabajo/programa (escoger no más de tres):**

- Sin grupo de enfoque/general Adolescentes Gay/Lesbiana/Bisexual/HSB Transgénero
 Personas sin hogar Personas encarceladas/en libertad condicional Mujeres embarazadas Trabajadoras Sexuales Africo Americanos Asiáticos Hawaianos Nativos/Otros de Islas Pacíficas
 Americano Nativo/Alaska Nativo Latinos Inmigrantes recientes/refugiados Usuarios de Drogas Intravenosas Usuarios de Drogas no intravenosas VIH positivos Otras poblaciones especiales (favor de especificar): _____

13. **¿Cómo se dio cuenta de este curso?**

1. Volante/folleto 2. Colega 3. Correo electrónico 4. Anuncio en un boletín
 5. Sitio-web/El internet 6. Exhibición en una Conferencia 7. Curso previo del PTC
 8. Requerimiento de mi programa Otro (favor de especificar): _____

14. **¿Nos da permiso de contactarlo para:**

- ¿Anuncios de cambios? Si No
¿Propósitos de evaluación Si No

Public Burden Statement: The information on this form is collected under the authority of 42 U.S.C., Section 243 (CDC). The requested information is used only to process your training registration and will be disclosed only upon your written request. Continuing education credit can only be provided when all requested information is submitted. Furnishing the information requested on this form is voluntary.

Public reporting burden of this collection of information is estimated to average 5 minutes per response, including the time for reviewing instructions, searching existing data sources, gathering and maintaining the data needed, and completing and reviewing the collection of information. An agency may not conduct or sponsor, and a person is not required to respond to a collection of information unless it displays a currently valid OMB control number. Send comments regarding this burden estimate or any other aspect of this collection of information, including suggestions for reducing this burden to CDC/ATSDR Reports Clearance Officer, 1600 Clifton Road NE, MS D-74, Atlanta, Georgia 30333; ATTN: PRA (0920-0017).

Local Use Only:

Rec'd.: _____ A _____ B _____ C _____