



Formulario de Registro

Por favor, escriba claramente y responda a todas las preguntas.

NOMBRE _____ APELLIDO _____
Organización _____
Dirección postal _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de día _____ EXT. _____ Fax _____
Correo electrónico _____

¿Cuál(es) sesión(es) quiere ir usted? 2009:

- Inglés Certificación Palm Springs 21-23 abril
- Español Básico Santa Rosa 28-29 abril
- Inglés Avanzado Los Angeles 5-7 mayo
- Inglés Certificación Bakersfield 3-5 junio
- Inglés Certificación Oakland 16-18 junio
- Otro (de www.cstep.org) _____

Título de trabajo (solo uno)

- Consejero/a de beneficios
- Manejador(a) de casos, Trabajador(a) Social
- Dietista
- Educador(a) en Salud
- Consejero(a) en Salud Mental
- Trabajador(a) en educación
- Peer Advocate
- Trabajador(a) en prevención
- Enfermero(a) registrado(a)
- Consejero(a) de abuso de sustancias
- Educador(a) en tratamientos
- Voluntario(a)
- Otro:

Su(s) campo(s) de trabajo (puede señalar más de uno)

- Educación en tratamientos
- Beneficios
- Religioso
- Servicios familiares
- Clínica de salud
- Proveedor de salud/médico
- Prevención de VIH/SIDA
- Manejo de casos de VIH/SIDA
- Educación de VIH/SIDA
- Vivienda
- Salud mental
- Uso de sustancias (drogas)
- Otro:

Porcentaje de VIH+ en su agenda de casos.

- Less than/Menos del 10% 10-25% 26-50%
51-75% 76-99% 100%

¿Provee servicios directos a clientes?

- SÍ NO

¿Cuántos años lleva en servicios sociales? _____

¿Supervisa usted empleados(as)?

- SÍ NO

¿Cuántos años ha trabajado en el campo de VIH/SIDA? _____

¿Se requiere CSTEP para su trabajo?

- SÍ NO

EL REGISTRO NO ESTÁ CONFIRMADO HASTA RECIBIR CONFIRMACIÓN VERBAL O ESCRITA DE CSTEP
Envíe por fax (415) 292-3404 o también puede registrarse en www.cstep.org

Si tiene más preguntas, por favor contacte a Sardis Rodríguez
E-mail: Sardis@apiwellness.org o por teléfono: (415) 292-3420 ext. 377