



Promotores/Community Health Worker Registration –Registro

Name: <i>Nombre:*</i>			
Address: <i>Dirección:*</i>			
City: <i>Ciudad:*</i>	State: <i>Estado:*</i>	ZIPcode: <i>Código Postal*</i>	
Telephone Teléfono:*		Cell: <i>Celular</i>	
Email: <i>Correo Electrónico:*</i>			Fax:
Emergency Contact: Contacto en caso de Emergencia:*		Telephone: Teléfono:	
Name / Nombre		Relationship / Parentezco:	
Gender: F Femenino <i>Género</i> M Masculino	Your Birthday: <i>Su Cumpleaños:</i>	Month: <i>Mes:</i>	Day: <i>Día:</i>
Cost/Costo: Covered by the HRSA Grant		Will you be able to commit to a 6 month internship? Yes or No	

Language Skills - Uso del lenguaje

English / Inglés	Spanish / Español	Other / Otro
Speak/Lo Habla	Speak/Lo Habla	Speak/Lo Habla
Read/Lo Lee	Read/Lo Lee	Read/Lo Lee
Write/Lo Escribe	Write/Lo Escribe	Write/Lo Escribe
If you are already certified, what is your Certification #? <i>¿Cuál es su número de Certificación, si eres Promotor/a certificado/a?</i>	Expiration Date: <i>Fecha de Expiración</i>	How long in Texas? <i>¿Cuántos años en Tejas?</i>

Check Appropriate Box for Training Dates

<input type="checkbox"/> Training Dates: September 8, 2018	<input type="checkbox"/> Internship: 11/18
-------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------

Please send by email/favor de enviar por correo electrónico: nellylorza2014@gmail.com