



POSTPARTUM SUPPORT INTERNATIONAL

Formulario de verificación de empleo o voluntariado para solicitantes de la certificación en salud mental perinatal (PMH-C)

Empleador/a o supervisor/a de voluntariado:

Se le solicita verificar el empleo de una persona que está gestionando la Certificación en Salud Mental Perinatal (PMH-C) de Postpartum Support International (PSI). Por favor, complete las secciones de este formulario y devuélvalo al solicitante para que lo incluya en su portafolio de solicitud. Si tiene preguntas, por favor comuníquese con certification@postpartum.net

Solicitante:

Envíe únicamente la cantidad de formularios necesarios para verificar los 2 años requeridos de experiencia posterior al posgrado o al certificado. Puede duplicarse el formulario si más de una organización debe completarlo.

Nombre de la persona que solicita: _____

Ruta o vía al PMH-C:
(Marque una opción)

- Salud Mental/Psicoterapia
- Psicofarmacología
- Profesión aliada

Nombre de la institución/empresa/organización: _____

Cargo/título o posición del solicitante en la organización: _____

Ciudad, estado/provincia y país: _____

Fecha de inicio
de posición: _____

Fecha de finalización
de posición: _____

- Tipo de empleo:
- Tiempo completo
 - Medio tiempo (%ETC = _____)
 - Experiencia como voluntario (_____ horas por semana)

Nombre de la persona
que firma el formulario _____

Cargo/título del puesto _____

Correo electrónico _____

Número de teléfono _____

Firma _____

Fecha de llenado _____



POSTPARTUM SUPPORT INTERNATIONAL
Formulario de certificación de práctica privada (PP) para solicitantes de
PMH-C que trabajan por cuenta propia

Yo _____ (solicitante) estoy solicitando la Certificación en Salud Mental Perinatal (PMH-C) de Postpartum Support International. Entiendo que uno de los requisitos es completar al menos dos años de experiencia de posgrado a tiempo completo, con cierta experiencia trabajando con la población perinatal. Al completar este formulario y firmar a continuación, por la presente certifico que cumplo con este requisito mínimo de trabajo en mi práctica privada de mi propiedad.

- Ruta o vía al PMH-C:
(Marque una opción)
- Salud Mental/Psicoterapia
 - Psicofarmacología
 - Profesión aliada

Proporcione información sobre experiencia laboral relevante (puestos anteriores, información sobre su práctica privada, incluida: la población actual a la que atiende, capacitación, áreas de especialización, modalidades utilizadas, etc.)

Nombre de la solicitante _____

Nombre de la práctica
privada _____

Años en la práctica privada
(incluir fecha de inicio)

_____ años, de ____ / ____ / ____ a ____ / ____ / ____

PP dirección: _____

PP sitio web: _____

Firma _____

Fecha de llenado _____