

EDUCACIÓN/CONOCIMIENTOS: INDIQUE ESCUELA SECUNDARIA, UNIVERSIDAD, ESCUELA TÉCNICA, ETC. EN ORDEN DE ASISTENCIA

Nombre y lugar	Especialidad.	Título o diploma

Indique los seminarios o las clases de capacitación especial a los que haya asistido que se relacionen con el puesto para el que se postula.

Seminario/capacitación/taller y lugar	Fechas (desde-hasta)	Destrezas adquiridas

¿Asiste a la escuela en este momento? Sí No

Marque, cuando corresponda, cualquiera de las siguientes destrezas que tenga:

Facturación de seguros	Cajero	Medicare/Medicaid	Terminología médica	Manejo de MS Office Suite	EPIC
------------------------	--------	-------------------	---------------------	---------------------------	------

Otras destrezas informáticas o acreditaciones (indíquelas en el espacio proporcionado)

Idiomas: ¿habla algún idioma además de inglés? Sí No Si la respuesta es "sí", indique cuáles:

REGISTRO/LICENCIA PROFESIONAL

Tipo de registro/licencia/certificación	Estado	Número	Fecha de vencimiento

Si no tiene la habilitación obligatoria, ¿la ha solicitado? Sí No

Si se requiere un examen, ¿qué fecha tiene programada para dar el examen?

Si se está postulando para un puesto que exige conducir un vehículo, ¿tiene una licencia para conducir vigente del estado de Oregon? Sí No

¿Usted reúne los requisitos para tener un empleo de forma legal en los Estados Unidos? Sí No

Conforme a la ley federal, la contratación depende de que usted sea capaz de probar que cuenta con ciudadanía estadounidense o elegibilidad legal para trabajar en los Estados Unidos. Se le exigirá la documentación al momento de contratarlo.

ANTECEDENTES LABORALES

Comenzando por su trabajo actual o más reciente, indique TODAS las actividades laborales y relacionadas con el trabajo, incluyendo trabajo por cuenta propia, empleo militar y períodos de desempleo. TODOS los antecedentes laborales relevantes serán usados para determinar los requisitos y el salario. No indique "ver el currículum". Puede adjuntar el currículum si lo desea, pero este no sustituirá el llenado de las siguientes casillas.

Nombre de la empresa (empleador actual o más reciente)	Motivo de la baja	Teléfono
Dirección/ciudad/estado	Nombre del supervisor	
Su cargo	Fechas de contratación (desde/hasta)	
Funciones/responsabilidades	A tiempo completo A tiempo parcial Promedio de horas por semana:	
	¿Contratado bajo qué nombre?	
Nombre de la empresa	Motivo de la baja	Teléfono
Dirección/ciudad/estado	Nombre del supervisor	
Su cargo	Fechas de contratación (desde/hasta)	
Funciones/responsabilidades	A tiempo completo A tiempo parcial Promedio de horas por semana:	
	¿Contratado bajo qué nombre?	
Nombre de la empresa	Motivo de la baja	Teléfono
Dirección/ciudad/estado	Nombre del supervisor	
Su cargo	Fechas de contratación (desde/hasta)	
Funciones/responsabilidades	A tiempo completo A tiempo parcial Promedio de horas por semana:	
	¿Contratado bajo qué nombre?	
Nombre de la empresa	Motivo de la baja	Teléfono
Dirección/ciudad/estado	Nombre del supervisor	
Su cargo	Fechas de contratación (desde/hasta)	
Funciones/responsabilidades	A tiempo completo A tiempo parcial Promedio de horas por semana:	
	¿Contratado bajo qué nombre?	

¿Cómo se enteró de este puesto vacante? (Marque las casillas correspondientes).		En el trabajo	Amigo (no empleado)
Internet (especifique dónde)	Periódico (especifique)		Escuela (nombre)
Agencia (nombre)	Remitido por (nombre)		Otro (especifique)
¿Alguna vez se postuló para un empleo con nosotros? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿en qué mes, año, puesto?			
¿Alguna vez fue contratado por nosotros en el pasado? Sí No Si la respuesta es "sí", ¿cuándo y en qué puesto?			
Lea con atención:			
<ol style="list-style-type: none"> 1. Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades laborales a los empleados e interesados independientemente de su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, expresión de género, embarazo, edad, origen nacional, discapacidad, información genética, condición protegida de veterano y todas las demás condiciones protegidas por la ley. 2. La contratación en Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia es voluntaria y está sujeta a su voluntad o la voluntad del Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia para rescindir el contrato, con o sin motivo y con o sin notificación previa, en cualquier momento. Ninguna parte de la presente solicitud podrá ser interpretada de forma que contradiga, elimine o modifique de modo alguno la condición de trabajo a voluntad de los empleados del Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia. 3. Certifico que he leído y comprendido la información de esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, esta información es verdadera y completa. Comprendo que, si soy contratado, las declaraciones falsas que aparezcan en esta solicitud serán consideradas como motivo suficiente para mi despido inmediato. 			
Fecha:	Firma del interesado:		
AUTORIZACIÓN DE DIVULGACIÓN E INVESTIGACIÓN DE ANTECEDENTES			
<p>Por el presente documento, autorizo al Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia a consultar a las instituciones educativas a las que asistí y a mis empleadores anteriores sobre mis antecedentes educativos/laborales, incluyendo las fechas de contratación, el salario, las evaluaciones laborales y cualquier otra información que se necesite para evaluar mis aptitudes. Reconozco también que, de conformidad con la Ley de Información sobre el Abuso de Niños/Adultos (<i>Child/Adult Abuse Information Act</i>), es posible que se investiguen mis antecedentes penales a través de la Policía Estatal de Oregon (Oregon State Patrol) u otros organismos según lo requerido antes y durante la contratación. Autorizo también al Nehalem Bay Centro de Salud y Farmacia a revisar la lista de individuos y entidades excluidas en la Oficina del Inspector General en relación con cualquier fraude de Medicare antes de contratarme. Libero a todas las partes relacionadas con dichas solicitudes de todo reclamo, responsabilidad y daño que por cualquier motivo surja por proporcionar esta información.</p>			
Fecha:	Firma del interesado:		