



Nombre del empleado: _____

Número de ID del empleado: _____
(Sólo para uso de oficina)

Encuesta para nuevos empleados

Responda las siguientes preguntas para que podamos recoger información precisa y cumplir los requisitos del gobierno. Este cuestionario se mantendrá confidencial y se destruirá después de haber ingresado los datos.

IDENTIDAD ÉTNICA O RACIAL *(Marque solo una)*

- ☐ **HISPANO O LATINO:** una persona de origen mexicano, puertorriqueño, cubano, centroamericano o sudamericano, o de otro origen o cultura españoles, independientemente de la raza.
- ☐ **BLANCO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.
- ☐ **INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluyendo América Central) y que mantiene una afiliación a una tribu o a una comunidad.
- ☐ **ASIÁTICO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en alguno de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático, el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- ☐ **NATIVO DE HAWÁI o de OTRA ISLA DEL PACÍFICO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa o de otras islas del Pacífico.
- ☐ **NEGRO O AFROAMERICANO** (ni hispano ni latino): una persona que tiene su origen en los grupos raciales negros de África.
- ☐ **DOS O MÁS RAZAS** (ni hispano ni latino): todas las personas que se identifican con más de una de las cinco razas que se mencionan arriba.

IDENTIFICACIÓN VOLUNTARIA COMO VETERANO CON FINES DE ACCIÓN AFIRMATIVA

UNM Hospitals es un contratista del gobierno sujeto a la sección 503 de la Ley de rehabilitación (Rehabilitation Act) de 1973 y sus modificaciones, la Ley de asistencia para la readaptación de los veteranos de la era de Vietnam (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act) de 1974 y sus modificaciones, y la Ley de oportunidades de empleo para veteranos (Veterans Employment Opportunities Act) de 1998, que exigen que los contratistas del gobierno adopten la acción afirmativa de emplear y fomentar el progreso profesional de individuos calificados con discapacidades, veteranos protegidos, veteranos discapacitados y veteranos de la era de Vietnam contemplados en la ley. Si usted tiene una discapacidad o es un veterano protegido, un veterano discapacitado o un veterano de la era de Vietnam contemplado en la ley, díganoslo. Esta información nos ayudará a asignarlo a un puesto apropiado o a hacer adaptaciones para su discapacidad.

Marque la casilla correspondiente de abajo (las definiciones están en la página siguiente):

- ☐ Veterano
- ☐ Veterano discapacitado
- ☐ Veterano discapacitado calificado
- ☐ Veterano recientemente dado de baja
- ☐ Veterano de la era de Vietnam
- ☐ Otro tipo de veterano protegido
- ☐ Veterano con medalla de servicio en las Fuerzas Armadas
- ☐ No soy un veterano

SEXO

- ☐ MASCULINO
- ☐ FEMENINO



DEFINICIONES DE VETERANOS DISCAPACITADOS, VETERANOS RECIENTEMENTE DADOS DE BAJA, VETERANOS DE LA ERA DE VIETNAM Y OTROS TIPOS DE VETERANOS PROTEGIDOS

“Veterano” se define como:

- Una persona que sirvió activamente en el Ejército, la Armada o la Fuerza Aérea de los Estados Unidos y que ha obtenido la baja por motivos que no sean la baja deshonrosa.

“Veterano discapacitado” se define como:

- Un veterano que estuvo en servicio en el Ejército de los Estados Unidos, en tierra, mar o aire, que tiene derecho a una compensación (o que, si no fuera por el pago de la jubilación militar, tendría derecho a una compensación) según las leyes que administra la Secretaría de Asuntos de los Veteranos (Secretary of Veterans Affairs), o una persona que ha obtenido la baja del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio.

“Veterano discapacitado calificado” se define como:

- Un veterano discapacitado que puede desempeñar las funciones esenciales del puesto de trabajo con o sin adaptaciones razonables.

“Veterano recientemente dado de baja” se define como:

- Cualquier veterano que esté en el período de tres años desde la fecha de baja del servicio activo del Ejército de los Estados Unidos, haya servido en tierra, mar o aire.

“Veterano de la era de Vietnam” se define como:

- Una persona que (a) prestó servicio activo durante un período de más de 180 días y obtuvo la baja por motivos que no fueran la baja deshonrosa, siempre que cualquier parte de dicho servicio activo se haya prestado (I) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975 o (II) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975 en todos los casos restantes; o (b) obtuvo la baja del servicio activo por una discapacidad relacionada con el servicio, siempre que cualquier parte de dicho servicio activo se haya prestado (I) en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975 o (II) entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975 en todos los casos restantes.

“Otro tipo de veterano protegido” se define como:

- Un veterano que estuvo en servicio activo en el Ejército de los Estados Unidos, en tierra, mar o aire, durante una guerra, o durante una campaña o una expedición para las que se haya autorizado una medalla de campaña según las leyes que administra el Departamento de Defensa.

“Veterano con medalla de servicio en las Fuerzas Armadas” se define como:

- Cualquier veterano que, durante el servicio activo en el Ejército de los Estados Unidos, en tierra, mar o aire, haya participado en una operación militar de Estados Unidos por la que le otorgaron una medalla de servicio en las Fuerzas Armadas siguiendo el Decreto 12985 (61 FR 1209).



Declaración voluntaria de discapacidad

Formulario CC-305

Número de Control OMB 1250-0005
Expira el 30/04/2026

¿Por qué se le pide que rellene este formulario?

Somos un contratista o subcontratista federal. La ley nos obliga a ofrecer igualdad de oportunidades de empleo a las personas con discapacidad cualificadas. Nuestro objetivo es que al menos el 7% de nuestros trabajadores sean personas con discapacidad. La ley dice que debemos medir nuestro progreso hacia este objetivo. Para ello, debemos preguntar a los solicitantes y a los empleados si tienen o han tenido alguna discapacidad. Las personas pueden convertirse en discapacitadas, por lo que debemos hacer esta pregunta al menos cada cinco años.

Rellenar este formulario es voluntario y esperamos que decida hacerlo. Su respuesta es confidencial. Nadie que tome decisiones de contratación la verá. Su decisión de rellenar el formulario y su respuesta no le perjudicarán en modo alguno. Si desea obtener más información sobre la ley o este formulario, visite el sitio web de la Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo de EE.UU. en www.dol.gov/ofccp.

¿Cómo saber si tiene una discapacidad?

Una discapacidad es una condición que limita sustancialmente una o más de sus "actividades vitales principales". Si tiene o ha tenido alguna vez una afección de este tipo, usted es una persona con discapacidad. Las discapacidades incluyen, pero no se limitan a:

- Trastorno por consumo de alcohol u otras sustancias (sin consumir drogas ilegalmente en la actualidad)
- Trastorno autoinmune, por ejemplo, lupus, fibromialgia, artritis reumatoide, VIH/sida
- Ceguera o problemas de visión
- Cáncer (pasado o presente)
- Enfermedad cardiovascular o del corazón
- Enfermedad celíaca
- Parálisis cerebral
- Sordera o dificultades auditivas graves
- Diabetes
- Desfiguración, por ejemplo, desfiguración causada por quemaduras, heridas, accidentes o trastornos congénitos
- Epilepsia u otro trastorno convulsivo
- Trastornos gastrointestinales, por ejemplo, enfermedad de Crohn, síndrome del intestino irritable
- Discapacidad intelectual o del desarrollo
- Enfermedades mentales, por ejemplo, depresión, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad, esquizofrenia o trastorno de estrés postraumático
- Ausencia total o parcial de miembros
- Problemas de movilidad que requieran el uso de una silla de ruedas, un escúter, un andador, una pierna ortopédica u otros dispositivos de apoyo
- Afección del sistema nervioso, por ejemplo, migrañas, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple (EM)
- Neurodivergencia, por ejemplo, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), trastorno del espectro autista, dislexia, dispraxia u otras dificultades de aprendizaje
- Parálisis parcial o total (por cualquier causa)
- Afecciones pulmonares o respiratorias, por ejemplo, tuberculosis, asma, enfisema
- Baja estatura (enanismo)
- Lesión cerebral traumática

Marque una de las casillas siguientes:

- ☐ Sí, tengo una discapacidad o la he tenido en el pasado
- ☐ No, no tengo ninguna discapacidad ni la he tenido en el pasado
- ☐ No quiero contestar

DECLARACIÓN PÚBLICA DE CARGA: De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control OMB válido. Esta encuesta debería completarse en unos 5 minutos.

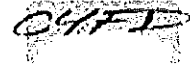
Firma

Fecha de hoy

Nombre en letra de imprenta

Página 3 de 3

Revisado 101923



REGISTRO PARA VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES

Primer nombre: _____
Apellido: _____
Fecha de nacimiento (mmddaaaa): _____ Número de Seguro Social: _____
Lugar de nacimiento (EE.UU., estado, o país si no nació en EE.UU.): _____
País de ciudadanía: _____
Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino
Raza: ☐ Asiático o isleño del Pacífico ☐ Negro ☐ Blanco (incluyendo latino)
☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ No sabe
Peso: _____ lb Estatura: _____ pies _____ pulgadas Color de pelo: _____ Color de ojos: _____
Dirección: _____
Ciudad/estado/código postal: _____
Teléfono: _____ Correo electrónico: _____
Documento de identificación: ☐ Licencia de conducir del estado: ☐ Licencia # _____ Vence _____
☐ Tarjeta de identificación del estado: ☐ Identificación # _____ Vence _____
☐ Pasaporte _____ ☐ VISA _____ Fuerzas Armadas de EE. UU. _____
Vence _____ Vence _____ Vence _____

Reconocimiento del solicitante

Según NMSA 1978, art. 29-10-6(A) de la Ley de información de registros de arrestos de N.M. (N.M. Arrest Record Information Act), por la presente nombro al Departamento de Salud (Department of Health, DOH) de N.M. o al Departamento de Niños, Jóvenes y Familias (Children, Youth & Families Department, CYFD) como mi agente autorizado para los efectos de inspección (u obtener copias) de cualquier tarjeta de huellas dactilares de arresto de Nuevo México respaldada por información de registro en los archivos del Departamento de Seguridad Pública (Department of Public Safety) y la Oficina Federal de Investigaciones (Federal Bureau of Investigations), incluyendo la información relacionada con arrestos por delitos graves o menores. Al custodio de los registros en cuestión, por la presente le pido que revele dicha información al agente autorizado como se describe arriba.

Autorizo la revelación de dichos registros únicamente con el fin de cumplir la Ley de investigación de antecedentes penales de cuidadores (Caregivers Criminal History Screening Act), NMSA 1978, Sec. 20-17-1 a 5; Ley de investigación de antecedentes penales en centros infantiles y juveniles (Children's & Juvenile Facility Criminal Records Screening Act), NMSA 1978, art. 32A-15-1 a 4; y sec. 307, Ley de medicamentos con receta, mejoras y modernización de Medicare (Medicare Prescription Drug, Improvement and Modernization Act) de 2003, programa piloto para verificaciones de antecedentes nacionales y estatales de empleados con acceso directo a pacientes de instalaciones de atención a largo plazo o proveedores. Se entiende que la confidencialidad de dichos registros se mantendrá de conformidad con la ley aplicable.

Esta autorización también constituye, con respecto a los antecedentes penales, un permiso para que el DOH y el CYFD, luego de un intento de obtener información aclaratoria del solicitante o del cuidador, atribuyan, como presunción refutable, un estado de condena descalificante a cualquier arresto por delitos que constituye una condena descalificante y para el que el arresto que se menciona en el registro nacional de antecedentes penales carece de una disposición clara. Todos los documentos enviados al DOH y al CYFD pasan a ser de su exclusiva propiedad y no pueden devolverse.

Firma del solicitante

Fecha

UNMH USE ONLY

DOH Background Check Number _____
CYFD Cogent Registration Number _____

This translation was completed by LanguageLine Solutions



Formulario de Certificación de Condena Penal

Usted ha sido seleccionado/a como finalista para la posición de _____ .
Con el fin de continuar con el proceso de reclutamiento, usted debe contestar las siguientes preguntas y debe de certificar sus respuestas mediante una marca en las casillas que aparecen abajo.

En cuanto a las preguntas que aparecen abajo, "crimen" se refiere a todo y cualquier delito mayor y delito menor, pero no incluye ofensas de tráfico o estacionamiento para lo cual la única penalidad es una multa. "Condenado" significa que fue declarado culpable por un juez, o por el jurado, o que usted mismo se declaró culpable, o "no lo contenderé" (lo cual significa que no se opone a los cargos contra usted), sin importar la pena o condena impuesta.

¿Ha sido usted alguna vez declarado culpable de un crimen, sin importar si la condena después se anuló o se suprimió?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es "sí", sírvase elaborar una lista de las circunstancias y fechas.

¿Actualmente, hay algún cargo pendiente en contra de usted por cualquier crimen?

Sí ☐ No ☐

Si su respuesta es "sí", por favor sírvase explicar.

☐ Yo certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario son verdaderas y correctas y que no he omitido información material ni he proporcionado información falsa o confusa. Entiendo que cualquier omisión material o falsa representación resultará en mi descalificación al ser considerado para empleo o, si es que es descubierto después de haber comenzado mi empleo, resultará en mi despido.

☐ Yo autorizo a los Hospitales de UNM a utilizar la información y las declaraciones contenidas en este documento para determinar mis calificaciones para empleo. Entiendo que una condena no es un impedimento automático para el empleo y que cada caso será considerado de manera individual. Entiendo que es posible que se realice una verificación completa de antecedentes para determinar mi elegibilidad para empleo o para la continuación de empleo.

☐ Yo libero a los Hospitales de UNM, y a otras personas o entidades, de cualquier reclamo que pueda estar basado en la decisión, por parte de los Hospitales, de realizar una verificación de antecedentes.

Firma

Fecha

Nombre