Mission:
To protect, promote & improve the health of all people in Florida through integrated state, county & community efforts.

Rick Scott
Governor

John H. Armstrong, MD, FACS
State Surgeon General & Secretary

Vision: To be the **Healthiest State** in the Nation

Lillian Rivera RN, MSN, PhD Administrator
Florida Department of Health in Miami Dade County

HIV/AIDS 500-501 (Spanish / *Español*) Pre-Registration / *Inscripción Anticipada*

Spanish training is three days classroom training; 500 online is not available in Spanish. / *Entrenamiento en Español es de tres días; la parte online del 500 no está disponible en Español.*

Please check below the title that applies to you / *Por favor, seleccione el cargo que mejor le identifique*

☐ Counselor / ***Consejero*** ☐ Case Manager / ***Coordinador de Casos***

TRAINING DATES REQUESTED / *INDIQUE LA FECHA DE ENTRENAMIENTO* _____
Month / Date / Year *Mes / Día / Año*

In order to ensure that each participant receive adequate mentorship for his/her Practicum, it is imperative for our office to have the following information for our records. / *Para asegurarnos que cada participante reciba la apropiada tutoría durante su práctica, es necesario recibir los siguientes datos para nuestros archivos.*

TESTING SITE INFORMATION / *INFORMACIÓN DEL SITIO DE PRUEBA*:

_____ _____
Name of Agency / *Nombre de la Agencia* Site Number / *Número de la Agencia*

PARTICIPANT INFORMATION / *INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE*

_____ _____
Print Name / *Nombre en letra de molde* Signature / *Firma*

E-Mail: _____ Phone Number _____
(Required / Requerido) (Required / *Requerido*)

Name of participant's Supervisor / *Nombre del supervisor del participante*

_____ _____
Print Name / *Nombre en letra de molde* Signature / *Firma*

Name of Certified Counselor if different from Supervisor / *Nombre del Consejero Certificado si es diferente al Supervisor*

_____ _____
Print Name / *Nombre en letra de molde* Signature / *Firma*

Scan and send this form to the attention of / *Envíe el modelo por correo electrónico a*:
Jorge.Villafranca@flhealth.gov and cc: Sandra.Estevez@flhealth.gov

For more information, please call / ***Para más información llame al***: **305-643-7420**