

**CERTIFICACIÓN DE HABER COMPLETADO LA FORMACIÓN OBLIGATORIA**  
**Servicios autodirigidos**  
**Formación en gestión y prevención de incidentes**

Por la presente certifico que he completado la capacitación del Sistema de Gestión y Prevención de Incidentes (IPMS) para Servicios Autodirigidos del Departamento de Salud Mental de Alabama - División de Discapacidades del Desarrollo. He revisado la formación grabada y todas las pautas y los formularios asociados. Entiendo la importancia de informar incidentes críticos como se describe en la formación y tengo acceso a los formularios de informe requeridos.

Comprendo que soy responsable de cumplir con los requisitos de presentación de informes y con el plazo durante el cual se deben presentar los informes de incidentes y/o las notificaciones de incidentes al Coordinador de apoyo asignado a la persona a la que presto servicios.

**Certificación del empleado/de la empleada**

Nombre del empleado/de la empleada (en letra de imprenta):

Firma del empleado/de la empleada:

Fecha:

Formación en IPMS completada el

Fecha:

**Certificación del Empleador registrado**

Por la presente confirmo que la persona arriba mencionada ha completado la formación obligatoria de IPMS para Servicios autodirigidos.

Como Empleador registrado autodirigido, he revisado la formación y comprendo los requisitos de notificación de incidentes tal y como se indica más arriba y en la formación.

Nombre del Empleador registrado (en letra de imprenta)

Firma:

Fecha:

Dirección:

Número de teléfono:

**Este formulario debe incluirse en el paquete para empleados y enviarse a la FMSA.**