
PEDIDO DE INFORMACIÓN RELATIVA A LA EDUCACIÓN DE PARTERÍA de Solicitantes al Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP)**INSTRUCCIONES A LA SOLICITANTE (*)**

Sírvase completar la Parte I y envíela a un representante de su Programa de Partería encargado de proveer información detallada acerca del programa y la experiencia suya.

PARTE I (A ser completada por la Solicitante)

Nombres y Apellidos de la Solicitante:

Nombre previo(s), si fuese relevante

Fecha de Nacimiento:

Provincia/territorio donde planea ejercer:

Nombre de la Institución Educativa de Partería:

Número de Estudiante, si lo tuviese:

Fecha de graduación:

Autorizo a la institución educacional de partería arriba indicada a revelar al Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP) información que de otra manera es confidencial. Acepto que la comunicación entre personas en estas organizaciones en relación con mi solicitud al MMBP será privilegiada y renuncio a todo derecho que tenga a la revelación de tales comunicaciones.

ANTECEDENTES

La solicitante nombrada en la Parte I ha solicitado participar en el Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP, siglas de Multi-jurisdictional Midwifery Bridging Program) con la intención de registrarse para ejercer la partería en la provincia o territorio indicado en la Parte I. Este programa de enlace, previo a la registración, está diseñado a asistir a parteras educadas internacionalmente a "hacer un puente" o llenar los vacíos en sus conocimientos o habilidades en relación con los estándares de práctica de partería en Canadá.

Los evaluadores del MMBP utilizarán la información en este formulario como parte del proceso decisional para determinar si este solicitante califica para ingresar al MMBP; entre otros requisitos, las solicitantes al MMBP deberán proporcionar comprobantes de su educación de partería.

(*)Este formulario puede ser usado por parteras del sexo femenino o masculino

INSTRUCCIONES AL PROGRAMA DE EDUCACIÓN DE PARTERÍA.

1. Sírvase completar la PARTE II de este formulario. A pesar de que podrían adjuntarse documentos para contestar algunas preguntas, los ítems con asterisco deben ser completados en este formulario.
2. Si se requiere información adicional acerca de su programa y no estuviese disponible en una página web, por favor adjunte una descripción por escrito del programa.
3. Envíe este formulario y cualquier otro documento necesario por correo o courier a la dirección abajo indicada. No entregárselo a la solicitante pues lo invalidaría.

ENVIAR DIRECTAMENTE A:

MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT
c/o COLLEGE OF MIDWIVES OF BC
210 – 1682 West 7th Avenue
Vancouver, BC V6J 4S6
Canada

Tel: (604) 742-2230 ó 1-888-642-2232 (gratuito)

Gracias por su asistencia

PARTE II (a ser completada por el Programa de Educación de Partería)

1. *Nombre de la Institución:

2. *Nombre del Programa de Partería:

3. Dirección:

4. Página Web (si está disponible):

5. Duración del Programa:

6. *Horas de Instrucción Teórica y Práctica Clínica:

	Requisitos mínimos para la Graduación en el año que la Solicitante se graduó	Número de horas realizadas por la Solicitante
<i>Horas de Teoría</i>		
<i>Horas de Práctica Clínica</i>		

7. *Sírvese indicar los nombres y fechas de los centros de práctica clínica de la solicitante

8. Requisitos para la graduación:

9. *Fecha del cumplimiento de los requisitos para la graduación:

10. *Título o Diploma otorgada a la solicitante:

11. Por favor escriba una descripción general del programa **durante la época en que la solicitante estudió** (Incluya, si es posible, un resumen de los componentes del programa y el tiempo para completarse, una lista de cursos, los objetivos y filosofía del programa y las competencias del programa de partería)

Información adicional/ Comentarios:

Nombre y Designación Profesional de la persona que llenó este formulario

Dirección:

Teléfono No:

Correo-electrónico:

Firma:

Fecha: