

PEDIDO DE VERIFICACIÓN DE EXPERIENCIA CLÍNICA EN PARTERÍA para Solicitantes al Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP) que planean registrarse para ejercer partería en Nova Scotia, Canadá

Instrucciones a la Solicitante (*):

Sírvase llenar la Parte I y envíela a un colega, supervisor o preceptor clínico¹, coordinador de colocación clínica u otra persona calificada que ha observado su trabajo como partera, o tenga acceso a sus archivos oficiales y pueda proporcionar detalles acerca de su experiencia clínica.

PART I (a ser completada por la Solicitante)

Nombres y Apellidos de la Solicitante:

Nombre(s) anterior, si es relevante:

Autorizo al referencista para revelar al Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP) información de otra manera sería confidencial. Reconozco 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.

Firma de la Solicitante:

Fecha:

ANTECEDENTES

La solicitante de la Parte I ha pedido participar en el Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP) con la intención de registrarse para ejercer la partería en la provincia de Columbia Británica, Canadá. Este programa de enlace 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.

¹ Un preceptor clínico es una partera de experiencia que enseña, supervisa e informa del trabajo de una estudiante de partería de un programa de partería, durante una colocación clínica

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

INSTRUCCIONES AL REFERENCISTA DE EXPERIENCIA CLÍNICA

Reconocemos que usted podría estar en posición de verificar solo una parte de la experiencia de la solicitante, quien presentará los documentos adicionales para evidenciar su experiencia de partería. Se le ruega que, en este formulario, **se limite a verificar únicamente aquellos partos que usted haya presenciado o supervisado directamente, o a cuyos documentos oficiales usted tenga acceso por medio de su institución o práctica profesional.**

1. Sírvase llenar completamente Parte II. Adjunte páginas adicionales, si fuese necesario.
2. Escriba su nombre, datos de contacto y designación profesional. Estos datos son importantísimos para contactarlo si se requiere más información.
3. Firme y escriba la fecha en el lugar indicado.
4. Coloque el formulario completo en un sobre, séllelo y firme cruzando el borde sellado
5. Por favor regresar el formulario directamente al CMBC en la dirección indicada abajo, por correo o courier. No entregárselo a la solicitante o a cualquier otra persona, pues lo invalidaría.

Sírvase enviarlo por correo o courier 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)

Muchas gracias por su asistencia en brindarnos esta información importante. Apreciamos su tiempo y esfuerzo.

PARTE II (a ser llenada por el Referencista de experiencia clínica)

Relación con la Solicitante Colega Preceptor
 Supervisor Otro _____

Sírvase explicar cómo conoce a la solicitante y en qué se basa para verificar su experiencia clínica:

Por favor indicar específicamente las fechas, en lo posible. Si usted puede verificar la experiencia clínica observada en períodos no consecutivos, anótelos separadamente

Por ejemplo: Mayo 2001 - Abril 2002 Hospital San Andrés
 Sept 2003 - Marzo 2004 Hospital San Andrés

Los partos que puedo verificar ocurrieron en las fechas y lugares indicados		
De (mes/año)	A (mes/año)	Nombre y lugar donde se realizaron

Sírvase completar las siguientes tablas con base a estas definiciones:

Partera Principal
La partera principal es una partera que está completamente a cargo, sin delegación, de la atención de una mujer y su recién nacido. Normalmente ella se encarga de manejar el parto y alumbramiento y el cuidado inmediato del bebé. En los casos en que se presenten complicaciones, la partera principal toma las decisiones de transferir la atención, coordinándola y colaborando con el profesional de salud a quien la partera refirió a la paciente, y proporciona cuidado de apoyo una vez realizada la transferencia. Esta definición también incluye a una estudiante de partería supervisada desempeñándose como partera principal.

La Otra Partera
La otra partera es una partera cuya función no es la de partera principal.

Continuidad de la Atención
La continuidad de la atención significa que la solicitante ha provisto atención como partera a la misma paciente por lo menos una visita antenatal y una post-parto, así como durante el trabajo de parto y nacimiento (incluyendo el manejo de la segunda y tercera etapas del trabajo de parto).

Parto fuera del hospital
Un parto asistido por una partera en un ambiente no provisto de una sala quirúrgica (cesárea) y/o anestias (epidural). Tales ambientes pueden ser hogares, centro de partos, estaciones de enfermeras y algunos hospitales.

3. Parte de la evaluación de la experiencia clínica realizada por MMBP es para determinar no solamente la cantidad total de experiencia clínica que la solicitante posee, sino también determinar si ésta es reciente o actual. Para asistirnos con esto, sírvase llenar las siguientes tablas:

Puedo verificar que la solicitante fue <u>PARTERA PRINCIPAL</u> en el siguiente número de partos			
Número total de partos manejados como Partera Principal		Número en los últimos 1 años	
		Número en los últimos 5 años	
En los espacios abajo sírvase indicar un desglose de las cifras totales:			
Número de partos en hospital		Número en los últimos 5 años	
Número de partos fuera de hospital		Número en los últimos 5 años	

Las cifras provistas son basadas en: documentos oficiales
 estimaciones

Puedo verificar que la solicitante fue <u>LA OTRA PARTERA</u> en el siguiente número de partos			
Número total de partos asistidos como Otra Partera		Número en los últimos 1 años	
		Número en los últimos 5 años	

Las cifras provistas son basadas en: documentos oficiales
 estimaciones

Puedo verificar que la solicitante proveyó CONTINUIDAD DE ATENCIÓN

- Sí
 No

Puedo verificar que la solicitante proveyó ATENCIÓN como sigue:							
# of antepartum visits		# visitas de postpartum		# de exámenes iniciales del recién nacido		# visitas al recién nacido	
Total	Últimos 5 años	Total	Últimos 5 años	Total	Últimos 5 años	Total	Últimos 5 años

Las cifras provistas son basadas en: documentos oficiales
 estimaciones

4. Sírvase describir el modelo de atención de partería y el ámbito de actividades profesionales que realizan las parteras en su jurisdicción (incluir detalles en caso de que su institución médica o el lugar donde se prestan estos servicios, limite en alguna manera el ámbito de ejercicio profesional etc):

5. Sírvase describir el(os) entorno(s) en que ocurrieron los partos atendidos por la solicitante y consignados en las tablas de arriba. Incluya otros proveedores de cuidados de salud a quienes la solicitante pudiera haber tenido acceso en caso de necesitar ayuda, transferencia de atención o consulta, si el lugar era fuera del hospital, indique la distancia de éste con relación al hospital:

6. Sírvase describir la atención provista por la solicitante durante el periodo antenatal, así como la edad gestacional a la cual comenzaría dicha atención normalmente:

7. Sírvase describir la atención provista por la solicitante durante el intraparto, así como la etapa de trabajo de parto en que atendería a la parturienta:

8. Sírvase describir la atención provista por la solicitante durante el post-parto y puerperio, así como a qué edad serían transferidos el cuidado del recién nacido y la madre:

9. Sírvase describir las virtudes especiales de la solicitante en su rol de partera.

10. Sírvase describir todas las áreas que le suscitan inquietud respecto de los conocimientos de partería y la aptitud de la solicitante:

Comentarios Generales:

Nombre y Designación Profesional de la persona que llenó este formulario:

Dirección:

Núm. de Teléfono:

Correo Electrónico:

Firma:

Fecha: