

FORMULARIO DE REFERENCIA PROFESIONAL

Para Solicitantes al *Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP)*

ANTECEDENTES

La solicitante(*) ha solicitado participar en el Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP) 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 registro (sea vigente o no) como partera en una jurisdicción en que la profesión se ejerce bajo regulación. Además, las solicitantes al MMBP deberán proporcionar prueba de identidad y evidencia de que son profesionales responsables, de alta ética y confiables.

Si este solicitante completa el MMBP y presenta solicitud de registro como partera en una de las provincias o territorios canadienses participantes, el organismo regulador de partería (siendo un organismo que regula la profesión de partería en beneficio del interés público) en dicha provincia o territorio utilizará la información en este formulario para decidir si registrar al individuo.

Es importante para realizar esta evaluación que Ud. comparta el conocimiento que posea respecto de la solicitante al llenar este formulario

INSTRUCCIONES AL REFERENCISTA

NOTA: Si Ud. recibió este formulario electrónicamente, tenga la gentileza de imprimir la solicitud y la foto digital y siga las instrucciones que se detallan abajo. La solicitante le ha autorizado a proporcionar esta información confidencial y está consciente de que cualquier información que Ud. provea no será revelada a la solicitante

1. Firme en la parte posterior de la foto para verificar que es la foto genuina de la solicitante.
2. Llene completamente la Parte II de este formulario de referencia. Adjunte páginas adicionales, si fuese necesario.
3. Escriba su nombre, datos de contacto y designación profesional, número de registro o licencia en el recuadro correspondiente al final de este formulario. Estos datos son importantísimos para contactarlo si se requiere más información.
4. Firme el formulario de referencia en el lugar indicado.
5. Coloque el formulario completado en un sobre, séllelo y firme cruzando el borde sellado
6. Por favor regresar el formulario directamente al MMBP en la dirección indicada abajo. No entregárselo a la solicitante o a cualquier otra persona, pues lo invalidaría.

TODOS los requisitos arriba indicados deberán cumplirse para que este formulario de referencia sea aceptado.

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

Sírvase enviar el formulario de referencia completado por correo o courier a:

THE 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)

INSTRUCCIONES AL SOLICITANTE

Sírvase completar la Parte I y enviar un ejemplar de este formulario a cada uno de sus referencistas.

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



MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

(PROYECTO MULTIJURISDICCIONAL DE ENLACE PARA PARTERAS)

www.midwiferybridging.ca

PARTE I (A ser completada por la Solicitante)

Nombres y Apellidos de la Solicitante:

Provincia/territorio donde planea ejercer:

Nombre del Referencista:

Designación profesional del referencista:

Partera

Enfermera

Médico

Otro

Autorizo al referencista arriba nombrado a revelar al Proyecto Multijurisdiccional de Enlace para Parteras (MMBP) y al organismo regulador de partería en la provincia o territorio donde planeo ejercer (mismo que indico arriba) 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.

Firma de la Solicitante:

Fecha:

Foto de la
Solicitante
(formato
pasaporte)

Referencista:
Firme en la parte
posterior de la foto
verificando que es
una foto genuina
de la solicitante

PART II (A ser completada por el Referencista)

1. ¿En qué capacidad ha observado Ud. a la solicitante trabajando como partera?
2. ¿Dónde ha observado Ud. a la solicitante trabajando como partera?
3. Durante qué período de tiempo observó Ud. a la solicitante trabajando como partera (por favor indique los años y fechas específicas si es posible)
4. ¿Ha observado Ud. directa y personalmente a la solicitante atendiendo partos bajo su propia responsabilidad?
 Si No
5. ¿Si Ud. es médico, la solicitante le ha derivado sus clientes, sea para consultas o transferencia de atención?
 Si No No aplica.

6. ¿Tiene Ud. conocimiento de cualquier problema que pueda afectar la salud física o mental de la solicitante, o de problemas con el alcohol o drogas lo cual sería un impedimento para el ejercicio de su profesión?
- Si (por favor explique) No
7. ¿Tiene Ud. conocimiento de quejas contra la solicitante que hayan resultado en investigaciones o proceso disciplinario?
- Si (por favor explique) No
8. En su opinión, ¿la solicitante es persona de buen carácter, con sentido ético y confiable?
- Si No (por favor explique)
9. En su opinión, ¿la solicitante demuestra una conducta profesional apropiada?
- Si No (por favor explique)
10. En su opinión, ¿la solicitante ejerce la partería de manera segura?
- Si No (por favor explique)
11. ¿Tiene Ud. información adicional con respecto al ejercicio profesional o conducta de la solicitante que considera debe ser revelada al MMBP?
- Si (por favor explique) No

MULTI-JURISDICTIONAL MIDWIFERY BRIDGING PROJECT

(PROYECTO MULTI-JURISDICCIONAL DE ENLACE PARA PARTERAS)

www.midwiferybridging.ca

Nombre y Designación Personal del Referencista:

Domicilio:

Núm. de Teléfono:

Correo Electrónico:

Entidad Profesional Reguladora:

Núm. de Registro:

Firma del Referencista:

Fecha: