

FORMULARIO DE AFILIACIÓN

CONFEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LAS MATRONAS (ICM)

Descargar, guardar el formulario y llenarlo.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA ORGANIZACIÓN

1. Nombre de la organización:
2. Año de fundación:
3. Dirección:
4. Codo postal:
5. Ciudad:
6. País:
6. Email 1 de la organización:
7. Email 2 de la organización:
8. Teléfono 1:
9. Teléfono 2:
10. Sitio web (si lo hay):
11. Facebook de la organización (si lo hay):

INFORMACIÓN GENERAL DE LA ORGANIZACION

12. Número total de miembros en su organización: **(Por favor, ¡escriba números exactos!)**:
Para las Asociaciones regionales de matronas, escriba el número de asociaciones que están afiliadas a su asociación. Para el organismo regulador, por favor haga saber el número de matrones y matronas registrados.
13. Número de miembros que son matrones y matronas, en la organización:
14. Número de matronas que son miembros **ACTIVOS** en la organización:
Por 'activo' queremos decir una matrona o matrán que paga la cuota completa de afiliación a su organización
15. Tipo de asociación profesional de matrones y matronas*:

*(Para Afiliación filial, vaya directamente a la pregunta número 22)

- ¿Es su organización una asociación de Matrones y Matronas? Sí/No
- ¿Es su organización una asociación de Enfermeros, Enfermeras, u otros profesionales en el área de la salud, ¿y de Matrones y Matronas? (multiprofesional) Sí/No

Si su asociación es multiprofesional:

16. ¿Hay una sección aparte de partería? Sí/No
17. ¿Cuál es el nombre de la sección de matronas?
18. ¿Tiene la sección su propio presidente? Sí/No
19. ¿Dicha sección de matronas es dirigida por una matrona? Sí/No
20. ¿El presidente de la sección es elegida por los miembros de la sección de matronas? Sí/No
21. ¿Las reuniones sobre asuntos de matronas se celebren con una frecuencia mínima anual y por separado de las reuniones de las otras profesiones? Sí/No

REPRESENTANTES DE LA ORGANIZACIÓN O DE LA SECCIÓN DE LAS MATRONAS

(!) Por favor, **asegúrese de escribir correctamente los nombres y correos electrónicos**, de otro modo no podremos contactarle. Si usted no tiene ningún representante -de los abajo nombrados- en su organización, deje en blanco esta sección.

22. Presidente:

Nombres: Apellidos:

Email: Teléfono:

Skype:

¿Es usted matrán/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

¿Es usted persona de contacto* para la ICM? *(Marque la casilla si esta persona es la persona de contacto con la ICM):

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

10. Presidente o jefe de la sección de partería



International
Confederation
of Midwives

Strengthening Midwifery Globally

Nombres:

Apellidos:

Email:

Teléfono:

Skype:

¿Es usted matró/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

¿Es usted persona de contacto* para la ICM? *(Marque la casilla si esta persona es la persona de contacto con la ICM):

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

23. Vicepresidente:

Nombres:

Apellidos:

Email:

Teléfono:

Skype:

¿Es usted matró/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

¿Es usted persona de contacto* para la ICM? *(Marque la casilla si esta persona es la persona de contacto con la ICM):

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

24. Director o jefe ejecutivo

Nombres:

Apellidos:

Email:

Teléfono:

Skype:

¿Es usted matró/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

¿Es usted persona de contacto* para la ICM? *(Marque la casilla si esta persona es la persona de contacto con la ICM):

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

25. Secretario/a o Administrador/a:

Nombres:

Apellidos:

Email:

Teléfono:

Skype:

¿Es usted matró/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

¿Es usted persona de contacto* para la ICM? *(Marque la casilla si esta persona es la persona de contacto con la ICM):

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

26. Tesorero/a o Administrador/a:

Nombres:

Apellidos:

Email:

Teléfono:

Skype:

¿Es usted matró/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

¿Es usted persona de contacto* para la ICM? *(Marque la casilla si esta persona es la persona de contacto con la ICM):

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

27. Persona de contacto con la ICM:

Por favor, ÚNICAMENTE llene esta sección si ninguno de los contactos arriba mencionados es la persona de contacto con la ICM.

Nombres:

Apellidos:

Email:

Teléfono:

Skype:

¿Es usted matrona/matrona: Sí/No

¿Está de acuerdo con recibir correos electrónicos de la ICM: Sí/No

Indique cuál de los siguientes idiomas la persona habla y entiende:

Inglés, español, francés, otro

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE EL PAÍS*

**Esta sección no se aplica a las asociaciones regionales de matronas (miembro afiliado). Vaya directamente a la pregunta número 48.*

REGULACIÓN

Por favor, contacte al Ministerio de Salud o autoridad reguladora pertinente que pueda confirmar la siguiente información (cifras):

28. ¿Cuántos matrones y matronas hay en el país? (cifra total de matrones y matronas que actualmente se encuentren y no se encuentren ejerciendo) _____ (por favor, establezca contacto con la autoridad reguladora en el país para así confirmar el número total de matrones y matronas registrados)

29. Tienen las matronas licencia/certificado/registro para practicar en su país? Sí/No

30. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la organización que otorga la licenciatura de matronas?

31. ¿Están reguladas las matronas? Sí/No

32. En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la autoridad reguladora?
33. ¿Qué tipo de organización está a cargo de la regulación?
- Departamento del gobierno
 - Junta o Consejo o Colegio aprobado por el gobierno
 - Otro
34. Si la misma autoridad reguladora regula a las matronas y a otras profesiones, ¿hay diferentes políticas y procesos separados para cada una?

FORMACIÓN

35. Número de instituciones educativas en Partería (Definidas como escuelas, universidades u otras instituciones en las que se brinde formación en partería):
- Número de instituciones educativas públicas:
 - Número de instituciones educativas privadas:
36. ¿Cuál es el nombre del título(s) que permite practicar como matrona en su país? En algunos países, hay más de un diploma o programa disponible que permite a las matronas practicar. Estos programas pueden tener títulos diferentes. Por ejemplo: Diploma, Licenciatura, Master). Por favor, complete todos los títulos disponibles:
37. ¿Existe algún programa de partería post enfermería? (los programas de partería post enfermería se refieren aquellos donde los estudiantes deben estar primero registrados como enfermeras/os
Sí/No
38. En caso de que la respuesta sea afirmativa, proporcione la duración del programa en meses:
39. ¿Existe una Entrada Directa al programa de Partería? (Entrada Directa se refiere a programas de partería a los que puedan accederse directamente después de la escuela secundaria sin titulación previa en el ámbito de la salud como, por ejemplo, enfermería) Sí/No
40. En caso de que la respuesta sea afirmativa, proporcione la duración del programa en meses:
41. ¿Reconoce el gobierno nacional o estatal o provincial los programas de formación en partería?
Sí/No/ No todas
42. En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿qué tipo de organización está a cargo de reconocer los programas?
- Gobierno nacional
 - Gobierno estatal o provincial
 - Ministerio de la Salud

- Ministerio de la Educación
- Junta o Consejo o Colegio aprobado por el gobierno
- Otro:

ASOCIACIONES DE MATRONAS *

**(Estas preguntas solo se aplican a asociaciones que solicitan la Afiliación completa).*

43. A parte de su asociación, por favor indique si hay otras organizaciones profesionales en este país que aceptan matronas miembros. Sí/No

En caso de que la respuesta sea afirmativa, las respuestas a las preguntas a continuación son obligatorias:

44. Por favor proporcione el/los nombre(s) de las otras asociaciones:

45. ¿Trabaja su asociación en colaboración con las otras Asociaciones en estrategias nacionales para fortalecer la partería incluyendo hablar de forma unánime con políticos y entes gubernamentales?
Sí/No

46. ¿Puede explicar la razón por la cual su asociación existe, junto a la(s) otra(s) asociación(es) de matronas, y por qué se requiere más de una asociación?

FINANZAS

47. ¿Cómo se financia su organización? Heerenveen

- ¿Por cuota de afiliación? Si/No
Por favor especifique si el pago es anual o mensual: Anual/Mensual
Por favor especifique el importe de la cuota:
Por favor especifique la moneda:
- ¿Por subsidio del gobierno? Sí/No
- Otros (Por favor especifique qué otros fondos):

48. ¿Podrá la asociación pagar cuotas de afiliación a la ICM si es aceptada por la Confederación? Sí/No
(para conocer el importe de la cuota de afiliación de su organización, póngase en contacto con la Coordinadora de los Asociaciones Miembros a membership@internationalmidwives.org)

REGULACIÓN GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS: Según la nueva legislación europea, titulada "Regulación general de protección de datos (GDPR)", que entró en vigor el 25 de mayo de 2018, usted tiene

derecho a acceder, corregir y limitar el procesamiento de sus datos. Si tiene alguna pregunta, no dude en ponerse en contacto con nosotros a través de nuestro correo electrónico info@internationalmidwives.org, y escriba en 'Asunto' *GDPR2018 Query*.

- 1) Autorizo a la ICM para que procese (entendiéndose por lo anterior: usar, recopilar y almacenar) los datos de la organización y los datos personales del representante de la asociación, incluidos en este formulario anual de actualización de miembros:

- 2) Autorizo a que se publique el nombre del presidente de la organización en el sitio web (si lo hay):
Sí/No

- 3) Autorizo a la ICM para que recopile y publique una dirección de correo electrónico de la organización y/o de uno de sus representantes:

Si otorga su consentimiento, proporcione la dirección de correo electrónico a continuación:

Email:

- 4) Por la presente confirmo que la información anterior es verdadera y correcta: (marque la casilla)

Nombre:

Cargo en la organización:

Fecha:

Firma:

(Para firmar electrónicamente, haga clic en el botón « Fill & Sign » en el panel derecho)