

EVALUACIÓN DEL USUARIO DE SERVICIOS DE PARTERÍA - General

Este formulario es facilitado por el Colegio de Parteras de Alberta (College of Midwives of Alberta – CMA). Su objetivo es ayudar a las parteras de Alberta a obtener información proveniente de sus usuarios sobre los cuidados que ellas les brindaron. Su proveedor de Servicios de Partería debe entregarle este formulario dentro de los seis meses posteriores de haber finalizado la atención. Le pedimos que lo llene y se lo envíe de vuelta.

Piense por favor en el cuidado que recibió de sus parteras. Sus comentarios sobre su reciente embarazo, el nacimiento y posparto son muy valiosos. No es necesario que anote su nombre a menos que usted lo desee. Si no quiere que su partera sepa quién es, los detalles que escriba pueden hacer que su partera deduzca quién es usted. Sus comentarios serán revisados por el servicio de partería para ayudar a mejorar la atención brindada a los usuarios.

Escriba aquí el nombre de su partera/equipo (opcional): _____

Su nombre (opcional): _____

¿En qué momento de su embarazo fue aceptada por su partera (opcional)? _____

Por favor, marque todo lo que corresponda sobre el tipo de atención que recibió de las parteras:

Cuidado del embarazo Cuidado en el trabajo de parto y nacimiento Cuidado Posparto

Otros servicios de salud:

| | | | | | |
|---|------------------|--------------|----------------|-------------|--------------|
| En general, ¿qué tan satisfecho está con la atención que recibió? | Excelente | Buena | Regular | Mala | No se |
| ¿Tuvo también a un estudiante de partería que le atendiera? | si | | | no | |

Comentarios:

Califique los siguientes aspectos de su atención prenatal, trabajo de parto y nacimiento, y posparto. Marque una opción para cada casilla.

| ATENCIÓN PRENATAL (Si aplica) | Excelente | Buena | Regular | Mala | No Aplica |
|--|------------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|
| 1. El número de consultas prenatales se adecuó a mis necesidades: | | | | | |
| 2. Tuve tiempo suficiente para hablar y preguntar a mi partera en nuestras citas: | | | | | |
| 3. Mi partera(s) me dieron la información que necesitaba para tomar decisiones: | | | | | |
| 4. Mi partera(s) discutieron la información de manera que yo pude entender: | | | | | |
| 5. Me sentí apoyada por mi partera(s) para tomar decisiones: | | | | | |
| 6. Me sentí apoyada por mi partera(s), sin importar la decisión que tomara: | | | | | |
| 7. Mi confianza para contactar a mi partera(s) si tenía preguntas o problemas fue: | | | | | |
| 8. Fue fácil contactar a mi partera(s): | | | | | |
| 9. Mi confianza en la habilidad y capacidad de mi partera(s) fue: | | | | | |

Por favor comente o aporte ideas para mejorar su atención prenatal, principalmente en las áreas anteriores que calificó como regulares o malas:

| ATENCIÓN EN EL TRABAJO DE PARTO Y NACIMIENTO (Si aplica) | Excelente | Buena | Regular | Mala | No Aplica |
|---|------------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|
| 1. Fue fácil contactar a mi partera(s): | | | | | |
| 2. Me sentí segura de llamar a mi partera(s) si tenía preguntas o problemas: | | | | | |
| 3. Mi partera(s) me dieron la información que necesitaba para tomar decisiones: | | | | | |
| 4. Mi partera(s) discutieron la información de manera que yo pude entender: | | | | | |
| 5. Me sentí apoyada por mi partera(s) para tomar decisiones: | | | | | |
| 6. Me sentí apoyada por mi partera(s), sin importar la decisión que tomara: | | | | | |
| 7. La atención y el apoyo que tuve durante mi trabajo de parto y el nacimiento fue: | | | | | |
| 8. Mi confianza en las habilidades y capacidades generales de mi(s) partera(s) durante el trabajo de parto y nacimiento: | | | | | |
| Por favor comente o aporte ideas para mejorar la atención durante el trabajo de parto y el nacimiento, principalmente en las áreas anteriores que calificó como regulares o malas: | | | | | |

| ATENCIÓN POSPARTO (Si aplica) | Excelente | Buena | Regular | Mala | No Aplica |
|--|------------------|--------------|----------------|-------------|----------------------|
| 1. El número de consultas postparto se adecuó a mis necesidades: | | | | | |
| 2. Tuve tiempo suficiente para hablar con mi partera y hacerle preguntas: | | | | | |
| 3. El tiempo que dedicamos a hablar sobre cómo cuidar a mi bebé fue: | | | | | |
| 4. El tiempo que dedicamos a hablar sobre cómo cuidarme fue: | | | | | |
| 5. Mi confianza para contactar a mi partera(s) si tenía preguntas o problemas fue: | | | | | |
| 6. Mi partera(s) me dieron la información que necesitaba para tomar decisiones: | | | | | |
| 7. Mi partera(s) discutieron la información de manera que yo pude entender: | | | | | |
| 8. Me sentí apoyada por mi partera(s) para tomar decisiones: | | | | | |
| 9. Me sentí apoyada por mi partera(s), sin importar la decisión que tomara: | | | | | |
| 10. El apoyo que recibí de mi partera(s) en cuanto a la alimentación de mi bebé fue: | | | | | |

Por favor comente o aporte ideas para mejorar la atención posparto, principalmente en las áreas anteriores que calificó como regulares o malas:

Las preguntas de esta sección cubren la atención por parte de las parteras desde el embarazo, durante el trabajo de parto y el nacimiento, y después del nacimiento hasta que su bebé tenga seis semanas. Por favor marque una respuesta para cada pregunta.

| CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN <i>Las parteras deben asegurarse de que los usuarios no tengan más de cuatro parteras asignadas en su equipo y que los usuarios puedan llamar a una de ellas las 24 horas del día.</i> | Si | No | No Aplica |
|---|----|----|-----------|
| 1. El número de parteras que me asignaron fue 4 o menos.: | | | |
| 2. Sabía quién era la partera(s) que me asignaron durante el tiempo que utilicé los servicios de partería: | | | |
| 3. Tuve suficientes oportunidades de conocer a todas mis parteras asignadas: | | | |
| 4. Sabía cómo contactar con una partera las 24 horas del día: | | | |
| Comentarios e ideas para mejorar la atención de sus parteras asignadas: | | | |

| ELECCIÓN INFORMADA: <i>Las parteras deben dar suficiente información a los usuarios para que puedan elegir su atención. Todos los usuarios tienen derecho a tomar sus propias decisiones, incluso si esa decisión va en contra de las recomendaciones.</i> | Si | No | No Aplica |
|--|----|----|-----------|
| 1. Cuando tuvo que tomar decisiones sobre su atención: - ¿Su partera(s) respetaron sus decisiones? - ¿Sabía que podía negarse a cualquier cosa que le ofrecieran o recomendaran sus parteras? | | | |
| 2. ¿Le brindaron suficientes detalles para tomar decisiones informadas sobre su atención? | | | |
| 3. ¿Le brindaron suficientes detalles y apoyo al decidir dónde nacería su bebé? | | | |
| 4. Si tuvo un equipo de parteras, ¿La información que le daba cada partera era similar? | | | |
| 5. ¿Le hablaron las parteras de los beneficios, desventajas y otras opciones de cuidados cuando estaba tomando decisiones? | | | |

Comentarios e ideas para mejorar las conversaciones sobre elección informada:

| <p align="center">CONSULTA Y TRANSFERENCIA DE CUIDADOS <i>Las parteras pueden consultar con obstetras (OB) u otros médicos especialistas sobre ciertos problemas que puedan surgir durante el embarazo, trabajo de parto y después del nacimiento. Algunos problemas de salud son complejos y es posible que el cuidado se transfiera a un médico.</i></p> | Si | No | No Aplica |
|--|----|----|-----------|
| 1. ¿Su partera(s) habló con usted durante su atención sobre lo que era una consulta o transferencia de cuidados? | | | |
| 2. ¿Su partera necesitó consultar con un obstetra u otro médico durante su atención? | | | |
| 2a. Si fue así, ¿Usted sabía por qué su partera necesitaba hablar con un médico? | | | |
| 3. ¿Su atención fue transferida de su partera a un médico en algún momento? | | | |
| 3a. Si fue así, ¿Usted sabía por qué su partera necesitaba transferir sus cuidados a un médico? | | | |
| 4. ¿Fue trasladada a un hospital fuera de su comunidad durante su parto sin su partera? | | | |
| 4a. Si fue así, ¿Usted sabía por qué necesitaba trasladarse a otro hospital? | | | |
| 4b. Si fue así, ¿Usted sabía que atención esperar? | | | |
| 5. ¿Sintió que su(s) partera(s) y otras personas involucradas en su atención médica (médicos, enfermeras, doulas, trabajadores sociales, etc.) trabajaron en equipo durante su atención? | | | |
| <p>Por favor comente o aporte ideas para mejorar las consultas o transferencias de cuidados:</p> <p>Si no sabía por qué la transfirieron a un obstetra o médico durante su atención, por favor coméntenos sobre eso aquí:</p> | | | |

Comentarios Generales:

-Si no estuvo satisfecha con la atención que recibió de sus parteras, marque aquí ____.

-Si desea recibir una llamada de su proveedor de servicios de partería para discutir sus inquietudes, marque aquí ____.

Por favor escriba aquí su número de teléfono preferido: ____ - ____ - ____.

Para comentarios generales o preguntas, puede comunicarse con el CMA a info@albertamidwives.org

| Para uso exclusivo de Oficina Partería | |
|---|--|
| Si aplica, indique la fecha en que el servicio de partería llamó al usuario para revisar sus comentarios: | |
| Si aplica, fecha en que se discutieron los comentarios con la partera/el equipo de partería: | |
| Si aplica, cambios que se realizaron debido a los comentarios del usuario: | |
| | |