

Formulario para la evaluación de profesionales de salud bajo capacitación (D&E y AM)

Equipo de evaluación:		Firma del líder del equipo de evaluación:	
Nombre de la unidad de salud:		Ciudad:	
Región:		Fecha:	
Información sobre el profesional de salud: proporcione la información por cada profesional de salud que desee, y haya sido seleccionado/a para, recibir capacitación en el segundo trimestre			
Nombre: _____		Sí	No
Dispuesto/a a cumplir el seguimiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir la información del libro de registro de casos y EAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos (no obligatorio, informativo solamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación DIRECTA de sus habilidades en el 1er trimestre con competencia demostrada (servicios de D&E solamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectuó personalmente al mes: _____			
Nombre: _____		Sí	No
Dispuesto/a a cumplir el seguimiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir la información del libro de registro de casos y EAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos (no obligatorio, informativo solamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación DIRECTA de sus habilidades en el 1er trimestre con competencia demostrada (servicios de D&E solamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectuó personalmente al mes: _____			
Nombre: _____		Sí	No
Dispuesto/a a cumplir el seguimiento		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dispuesto/a a compartir la información del libro de registro de casos y EAS		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recibió capacitación anterior con exposición a la AMEU y la atención centrada en la mujer.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Actualmente proporciona cuidados obstétricos (no obligatorio, informativo solamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observación DIRECTA de sus habilidades en el 1er trimestre con competencia demostrada (servicios de D&E solamente)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Número aproximado de procedimientos de AMEU que efectuó personalmente al mes: _____			

