



## 6. CALCULO DE LAS HORAS DE CONSEJERÍA REALIZADAS EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Usando la tabla siguiente, aporte su propia información sobre las horas de experiencia acumuladas ofreciendo consejo clínico sobre lactancia como se describe en la *Guía de Información para Candidatos*

LUGAR DE TRABAJO / EXPERIENCIA	TÍTULO / CARGO	ÁREA / TIPO DE TRABAJO / EXPERIENCIA	Mes/año en que comenzó y terminó	Semanas totales (excluyendo vacaciones)	Media de horas por semana	Total de horas trabajadas	% tiempo dedicado a consejería	TOTAL HORAS CONSEJERÍA
Columna 1	Columna 2	Columna 3	Columna 4	Columna 5	Columna 6	Columna 7	Columna 8	Columna 9
1. Hospital Amigo, Estocolmo, Suecia	Enfermera/matrona	Principalmente salas puerperio, a veces sala de parto. Consultas individuales y clase de lactancia 1 hora a la semana.	4/98 a 10/03	253 semanas	20 horas	5060 horas	40%	2024 horas
2. Hospital Lactagusto, Dubai UAE	Matrona/educadora	Acreditada por la IHAN: consultas individuales posnatales, persona de referencia para temas de lactancia en UCI neonatos, 8 horas a la semana en la consulta de lactancia	8/04 a 8/05	46 semanas	38 horas	1748 horas	60%	1049 horas

Nombre un supervisor que pueda verificar\* algunas o todas sus horas de consejería: \_\_\_\_\_

Título o cargo del supervisor: \_\_\_\_\_

Teléfono y email del supervisor \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\* por favor marque con un asterisco todas aquellas horas que tengan que ver con este supervisor.

**TOTAL DE HORAS DE CONSEJERÍA CLÍNICA EN LACTANCIA:**

**EL MÍNIMO DE HORAS CLÍNICAS DEBE HABERSE COMPLETADO EN EL MOMENTO DE ENVIAR LA SOLICITUD**



## 10. DETALLES BIOGRÁFICOS:

Marque una o más de las siguientes casillas para indicar su formación sanitaria:

- 1 IBCLC (certificado alguna vez)
- 2 Auxiliar de enfermería
- 3 Enfermera
- 4 Comadrona
- 5 Enfermera de maternoinfantil
- 6 Sanitario
- 7 -----
- 8 Dietista, terapeuta ocupacional o fisioterapeuta
- 9 Médico
- 10 Monitora de lactancia acreditada
- 11 Otro (por favor describa)  
\_\_\_\_\_

Marque la casilla que indique su grado *más* alto de formación:

- 1 Doctorado en \_\_\_\_\_
- 2 Máster en \_\_\_\_\_
- 3 Título universitario de \_\_\_\_\_
- 4 Diplomatura en \_\_\_\_\_
- 5 Diploma menor \_\_\_\_\_
- 6 Otro (por favor describa)  
\_\_\_\_\_

## 11. CONSIDERACIONES INDIVIDUALES:

Vea más información en la Guía de Información del Candidato.

- Solicito requerimientos especiales debido a mi discapacidad. Incluyo informes y documentación que la avalan.
- Puedo necesitar atención especial durante el examen porque estoy embarazada. Fecha de parto:  
\_\_\_\_\_
- Deseo hacer el examen en otro idioma que no es el inglés. Entiendo que, si no hay suficientes personas que lo quieran hacer en este mismo idioma, no se ofrecerá una versión traducida. En tal caso, se me devolverá el dinero o podré elegir examinarme en inglés.
- Deseo utilizar un diccionario bilingüe durante el examen. Entiendo que debo dejar que lo inspeccionen, incluso de forma previa al examen.

## 12. PREGUNTAS REQUERIDAS:

Por favor conteste las cinco preguntas siguientes marcando con un círculo la respuesta que se aplique a usted. Si contesta "Sí" a alguna pregunta, por favor incluya una explicación más abajo. Si es necesaria más información, el IBLCE se la solicitará de manera confidencial. Si no contesta a una o más preguntas o no incluye una explicación para las preguntas a las que ha respondido "Sí", su solicitud puede verse retrasada.

- (1) En los últimos diez (10) años ¿ha padecido o padece usted alguna dependencia del alcohol, narcóticos, drogas u otras sustancias que limiten sus capacidades?, o, si la dependencia se dejara sin tratar, ¿es probable que llegara a causarle una deficiencia en el futuro, física o mental, que afecte de forma significativa su capacidad para desempeñar las funciones esenciales (ver lista en la pregunta tres) de un sanitario, consultor de lactancia o asesor de lactancia?
- Sí                      No**
- (2) ¿Sufre actualmente alguna enfermedad crónica o severa que específicamente impida o limite o que, si se dejara de tratar, impidiera o limitara de forma significativa su capacidad para desempeñar las funciones esenciales (ver lista en la pregunta tres) de un sanitario, consultor de lactancia o asesor de lactancia?
- Sí                      No**
- (3) ¿Alguna vez se le ha condenado por un crimen (sin incluir delitos menores de tráfico) que por su naturaleza estuviera relacionado con, o sea de importancia específica para la valoración de su capacidad y fiabilidad en el desempeño de cualquiera de las funciones esenciales como sanitario, consultor de lactancia o asesor de lactancia? Estos deberes incluyen: 1. el deber de preservar la intimidad del cliente/paciente; 2. el deber de actuar con la debida diligencia; 3. el deber de procurar un servicio competente; 4. el deber de mantener la integridad personal; 5. el deber de informar completa y verazmente al sistema sanitario; 6. el deber de mantener el estándar de la profesión de consultor de lactancia; 7. el deber de ejercer juicios profesionales independientes y evitar conflictos de interés; 8. el deber de adherirse a las decisiones disciplinarias del IBLCE; y 9. el deber de promover, proteger y apoyar la lactancia.
- Sí                      No**
- (4) ¿Ha sido alguna vez sujeto de una querrela, por la cual se hayan tomado acciones disciplinarias o correctivas? Entre estas acciones se incluyen, de forma no exclusiva, la anulación de licencias profesionales o laborales previas, relacionadas con sus acciones, consejos, actuaciones o falta de actuaciones como sanitario, consultor de lactancia o asesor de lactancia, u otras actuaciones en el campo de la sanidad (incluyendo, pero no limitadas a, querellas en el lugar de trabajo y querellas por parte de una administración, un consejo, un grupo profesional, una corte, un mediador u otro tribunal).
- Sí                      No**
- (5) ¿Se encuentra actualmente sujeto a una queja o querrela, por la cual se hayan tomado acciones disciplinarias o correctivas? Entre estas acciones se incluyen, de forma no exclusiva, la anulación de licencias profesionales o laborales previas, relacionadas con sus acciones, consejos, actuaciones o falta de actuaciones como sanitario, consultor de lactancia o asesor de lactancia, u otras actuaciones en el campo de la sanidad (incluyendo, pero no limitadas a, querellas en el lugar de trabajo y querellas por parte de una administración, un consejo, un grupo profesional, una corte, un mediador u otro tribunal).
- Sí                      No**

**RESPUESTAS A LAS PREGUNTAS REQUERIDAS: Si ha respondido "Sí" a alguna de las preguntas del apartado 12, por favor proporcione una explicación a su respuesta:**

---

---

---

---

---

## **TÉRMINOS Y CONDICIONES:**

Por favor lea la siguiente declaración con detenimiento y después firmela y ponga la fecha al pie de la página. Cualquier disputa a partir de ese momento será dirimida en juicio legal en Fairfax County, Virginia, USA. **No firmar esta página conllevará retrasos en el proceso de su solicitud.**

**DESEO PRESENTARME** al examen de Certificación IBCLC para consultores de lactancia. Entiendo que el examen se celebra un único día cada año (el último lunes de Julio) y se realiza únicamente en un formato de tipo test.

**CERTIFICO QUE** los datos consignados en este formulario son correctos e incluyen toda la información relevante.

**COMPRENDO QUE** mi formulario puede ser auditado. Si mi formulario es auditado, se me requerirá aportar suficiente información para demostrar mi elegibilidad. También entiendo que si la información y documentación que aportó no es suficiente y/o no se proporciona en la fecha especificada por el IBCLC, no podré realizar el examen.

**ESTOY DE ACUERDO** con las tasas de examen del IBCLC, los plazos límites y toda la política relativa a la solicitud de examen, pago y peticiones, tal y como se apunta en la información sobre la solicitud de examen específica de mi país. Entiendo que, si no cumplo con estas políticas, me atendré a las consecuencias incluyendo, entre otras, el pago de tasas adicionales o la inelegibilidad para realizar el examen.

**ESTOY DE ACUERDO** en que si apruebo el examen mi nombre formará parte del registro de IBCLC, y que el IBCLC se reserva el derecho de ofrecer verificación sobre individuos certificados en interés de la protección del público.

**ESTOY DE ACUERDO** en someterme a las normas de la profesión de IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) acatando el *Código Ético IBCLC para IBCLCs*, el *Ámbito de Prácticas IBCLC para IBCLCs*, las *Competencias Clínicas para la Práctica IBCLC* y las *Directrices de Documentación IBCLC*. Entiendo, además, que IBCLC es la única autoridad para interpretar y administrar las provisiones de publicaciones mencionadas en la frase anterior.

**ESTOY DE ACUERDO** en someterme a los *Procedimientos Disciplinarios de IBCLC* por cualquier violación del *Código Ético IBCLC para IBCLCs*, el *Ámbito de Prácticas IBCLC para IBCLCs*, las *Competencias Clínicas para la Práctica IBCLC* y/o las *Directrices de Documentación IBCLC*. Es más, si existe alguna queja contra mí, entiendo que debo participar y cooperar en el procedimiento disciplinario. (Por favor, acceda a [www.iblce.org](http://www.iblce.org) para obtener una copia de estas publicaciones).

**RENUNCIO INTENCIONADAMENTE** a cualquier derecho que tenga, bajo las leyes aplicables, a solicitar, revisar o recibir cualquier información específica sobre la redacción o el contenido de las preguntas, imágenes o fotografías que forman parte del banco de ítems del examen IBCLC, ya que entiendo que IBCLC debe mantener esta información confidencial para preservar la integridad del examen.

**ESTOY DE ACUERDO** en que, tras revisar este formulario y la documentación adjunta, IBCLC puede realizar más indagaciones si lo cree apropiado para verificar la información proporcionada y para asegurarse de mi idoneidad y capacidad para la consultoría en lactancia. Entiendo que se me puede descalificar por conducta inmoral, poco profesional o deshonesto o contraria a la práctica de la consultoría en lactancia.

**ENTIENDO QUE** IBCLC considera que una correcta salud mental es un requisito para la certificación, incluyendo la ausencia actual de una enfermedad mental no tratada ni controlada que impida o limite la capacidad para la práctica como consultor de lactancia de forma competente y profesional, y la eventualidad de una recaída de dicha enfermedad.

**ENTIENDO QUE** la principal forma de comunicación del IBCLC conmigo es mediante email. Por consiguiente, entiendo que el IBCLC respeta la privacidad de los individuos y ha implementado una política de seguridad para garantizar que el IBCLC recoge, procesa y utiliza la información personal de una forma que se ajusta a los más altos estándares. (La Política de Privacidad está disponible en [www.iblce.org](http://www.iblce.org)).

**Firma del solicitante** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_