

# Plan de Parto



**NOMBRE:**  **PRONOMBRES:**  **EDAD:**

**RAZA Y/O ETNICIDAD:**  **FECHA DE PARTO:**

**DOCTOR Y/O COMADRONA:**  **NOMBRE DEL BEBE:**   
**UBICACIÓN:**

**ESCENARIO:**  hospital  centro de maternidad  hogar **TAMBIÉN NECESITO:**  transporte  intérprete

**TIPO DE NACIMIENTO:**  vaginal  cesárea  PVDC  agua **FECHA DE INDUCCIÓN:**

**FACTORES DE SALUD:**

**ALERGIAS:**

## Equipo de Parto

Nombre:

Relación:

Rol:

---

---

---



## Intervenciones Médicas/Inducción

En caso de cesárea, me gustaría:

- tener un brazo libre  cortinas transparentes  mantenerme despierta

Doy mi consentimiento a los siguientes procedimientos:

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Chequeos cervicales | <input type="checkbox"/> Monitoreo fetal electrónico (continuo o intermitente)                     | <input type="checkbox"/> Amniotomía (ruptura intencional de aguas) |
| <input type="checkbox"/> Epidural            | <input type="checkbox"/> Barrido de membrana   | <input type="checkbox"/> Balón de cuello uterino                   |
| <input type="checkbox"/> Episiotomía         | <input type="checkbox"/> Agentes de maduración del cuello uterino (píldora, gel o inserto vaginal) | <input type="checkbox"/> Conexión intravenosa                      |
| <input type="checkbox"/> Pitocina            |  |  |

## Manejo de dolor

Si es médicamente posible, preferiría:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Respiración y/o Meditación | <input type="checkbox"/> Hidroterapia                            | <input type="checkbox"/> Cambio de posiciones: |
| <input type="checkbox"/> Masaje                     | <input type="checkbox"/> Medicamento intravenosa                 | <input type="checkbox"/> acostada boca arriba  |
| <input type="checkbox"/> Óxido nitroso              | <input type="checkbox"/> Epidural                                | <input type="checkbox"/> acostada de lado      |
| <input type="checkbox"/> Visualización              | <input type="checkbox"/> Vocalización (gemidos bajos o gruñidos) | <input type="checkbox"/> en cuclillas          |
|   |  | <input type="checkbox"/> de pie                |
|   |  | <input type="checkbox"/> en cuatro patas       |

## Medidas de comodidad

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> música reproducida (yo la proporcionaré) | <input type="checkbox"/> la habitación lo más silenciosa posible   |
| <input type="checkbox"/> las luces estén atenuadas                | <input type="checkbox"/> el menor número posible de interrupciones   |
| <input type="checkbox"/> parto/bola de cacahuete                  | <input type="checkbox"/> mantenerse hidratada con líquidos claros y trocitos de hielo                                |
| <input type="checkbox"/> caminar/movimiento                       | <input type="checkbox"/> comer y beber según lo aprobado por mi médico   |
| <input type="checkbox"/> para filmar y/o tomar fotografía         | <input type="checkbox"/> solo mi propio médico y enfermeras en la habitación (no estudiantes, residentes o pasantes) |
| <input type="checkbox"/> aromaterapia                             |  |
| <input type="checkbox"/> afirmaciones de nacimiento               |  |

## Procedimientos para recién nacidos

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Todos los procedimientos y medicamentos deben ser explicados de antemano.   | <input type="checkbox"/> Si tienen que quitarme a mi bebé para que reciba tratamiento médico, quiero que mi persona de apoyo vaya con él.     |
| <input type="checkbox"/> Quiero que mi bebé sea circuncidado.  | <input type="checkbox"/> Quiero conservar mi placenta para encapsularla o para obras de arte. (La familia debe proporcionar una hielera).     |
| <input type="checkbox"/> Hora dorada (1 hora de contacto ininterrumpido piel con piel).              | <input type="checkbox"/> Cuidado del cordón umbilical: corte y/o pinzamiento tardío del cordón umbilical. ¿Quién cortará el cordón umbilical? |
| <input type="checkbox"/> Vacunas para recién nacidos (inyección de vitamina K, ojo - ungüento).      |   |
| <input type="checkbox"/> Alimentación infantil: Lactancia materna, Fórmula, Donación de Leche Humana |   |

## Notas adicionales

