

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

