Plan de Parto

every baby guilford

GUILFORD COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES PUBLIC HEALTH

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:

- ☐ Chequeos cervicales
- ☐ Epidural
- ☐ Episiotomía
- ☐ Pitocina
- ☐ Monitoreo fetal electrónico (continuo o intermitente)
- ☐ Barrido de membrana
- ☐ Agentes de maduración del cuello uterino (píldora, gel o inserto vaginal)
- ☐ Amniotomía (ruptura intencional de aguas)
- ☐ Balón de cuello uterino
- ☐ Conexión intravenosa

Manejo de dolor

Si es médicamente posible, preferiría:

- ☐ Respiración y/o Meditación
- ☐ Masaje
- ☐ Óxido nitroso
- ☐ Visualización
- ☐ Hidroterapia
- ☐ Medicamento intravenosa
- ☐ Epidural
- ☐ Vocalización (gemidos bajos o gruñidos)
- ☐ Cambio de posiciones:
  - ☐ acostada boca arriba
  - ☐ acostada de lado
  - ☐ en cuclillas
  - ☐ de pie
  - ☐ en cuatro patas

Medidas de comodidad

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

Procedimientos para recién nacidos

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

_____

Notas adicionales