

Mi Plan de Parto

Un plan de parto es una lista de preferencias o deseos para la experiencia de nacimiento de su hijo. No limitará sus opciones una vez que comience su trabajo de parto. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Dado que cada trabajo de parto y nacimiento es diferente, no podemos garantizar que todas sus preferencias serán adecuadas para su parto. La invitamos a conversar sobre su plan de parto con su médico o partera. Trabajaremos con usted para intentar que su experiencia de parto lo más cercana posible a sus deseos; no obstante, su seguridad y la de su bebé es nuestra prioridad número uno.

Nombre _____

Nombre del Compañero _____

Nombre del Bebé _____

Médico Obstetra _____

Fecha Prevista para el Nacimiento del Bebé _____

Pediatra del Bebé _____

Contacto del Pediatra del Bebé _____

Clases Prenatales a las que se Asistió _____

Para el Trabajo de Parto

- ☐ Luces atenuadas.
- ☐ Me gustaría estar fuera de la cama la mayor cantidad de tiempo posible.
- ☐ Preferiría recibir fluidos por un catéter heparinizado en lugar de hacerlo por vía intravenosa.
- ☐ Me gustaría usar opciones alternativas para aliviar el dolor como ejercicios de respiración, masaje, ducha y cambios de posición.
- ☐ Pediré medicamentos para el dolor si los necesito.
- ☐ Me gustaría un bloqueo epidural para soportar los dolores de parto.
- ☐ Me gustaría que me ofrecieran una compresa perineal tibia durante el parto.
- ☐ Me gustaría que me ofrecieran medicamento para el dolor si ven que estoy incómoda.
- ☐ No estoy segura de qué quiero para aliviar el dolor, lo decidiré cuando esté en trabajo de parto.
- ☐ Me gustaría enviar al banco de sangre o donar mi sangre de cordón umbilical.
- ☐ Me gustaría usar mi música portátil y audífonos durante el trabajo de parto.
- ☐ Tómese el tiempo de pensar en por qué, dónde, cuándo, cómo y qué come.
- ☐ Me gustaría utilizar mi dula como apoyo en el parto.

Otras Solicitudes

Opciones de Parto

- ☐ Bolas de parto
- ☐ Bolas de mani
- ☐ Ducha
- ☐ Soporte CUB
- ☐ Barras de apoyo
- ☐ Técnicas de spinning para bebé

Durante el Parto

- ☐ Me gustaría retrasar el pinzamiento del cordón umbilical de 30 a 60 segundos.
- ☐ Me gustaría que mi pareja corte el cordón umbilical.
- ☐ Me gustaría tener un espejo para ver mi parto.
- ☐ Me gustaría tocar la cabeza de mi bebé cuando corone.

Cuidado Posparto/del Recién Nacido

La atención médica estándar ofrecida después del parto es piel con piel para asegurarnos de que tanto el bebé como la madre se encuentran estables, lo cual se recomienda durante toda su estancia.

Si se tuviera que separar a mi bebé por atención/tratamiento médico, me gustaría que _____ lo acompañe.

- ☐ Me gustaría que me den de alta lo más pronto posible.
- ☐ Si tengo un niño, me gustaría que lo circuncidaran antes de darme de alta si mi pediatra lo permite.

Si tengo un niño, ☐ circuncidar ☐ no circuncidar.

Planeo alimentar al bebé ☐ leche mat ☐ fórmula.

Cesárea

Me gustaría que _____ me acompañara en el quirófano. (1 persona)

ORLANDO
HEALTH®

Winnie Palmer
Hospital
For Women & Babies

Para más información, visite WinniePalmerHospital.com/BirthPlan
83 W. Miller St. | Orlando, FL 32806 | (321) 843-8655