



El plan de parto es una descripción general de lo que desea que suceda en el nacimiento de su hijo o hija. Use este formulario para hablar con su médico sobre las opciones mucho antes de la fecha prevista del parto. Tener un plan de parto no garantiza que su trabajo de parto y parto sucedan según ese plan. Usted podría necesitar intervenciones imprevistas por su salud o la de su bebé para asegurar un parto lo más seguro posible. Su equipo de apoyo intentará cumplir sus deseos, pero esté preparada para los cambios que puedan presentarse.

### Sobre mí:

Nombre:

Nombre de la persona compañera/de apoyo:

Número telefónico de la persona compañera/de apoyo:

¿Permitir que la persona compañera/de apoyo esté en la sala de parto?  Sí  No

Nombre de la doula (opcional)

Número telefónico de la doula:

Fecha prevista del parto:

### Información médica:

Diabetes  Estreptococo del grupo B  Herpes  RH Incompatibles

Alergias a medicamentos:

Alergias a alimentos:

Otros padecimientos que puedan afectar el parto:

### Entorno:

Luces bajas  Música tranquilizante  Mínimas interrupciones del personal  Sin visitas

Usar mi propia ropa  El menor número posible de exámenes cervicales

Otros:

### Alivio del dolor:

Prefiero no usar medicamento para el dolor por vía intravenosa  Prefiero no usar epidural

Sí, usar medicamento para el dolor por vía intravenosa  Sí, usar epidural

Baño/ducha  Ejercicios de respiración  Aromaterapia  Afirmaciones positivas

Masaje  Movimiento  Otras opciones para el alivio del dolor:

### Preferencias para dar a luz:

Vaginal  Nacimiento en el agua  Nacimiento en el hogar  Cesárea

Parto vaginal después de una cesárea (VBAC; Vaginal Birth after a Cesarean)

### Inducción

Prefiero que la fuente se rompa por sí sola.  Sin inducción, a menos que sea necesario médicamente.

Si es necesario, primero probar métodos naturales.  No tengo preferencia.

### Posiciones de parto

De cuclillas

En la tina

Acostada boca arriba

Acostada de lado

Pelota de parto

Sobre las manos y rodillas

Otra:



**Al pujar**

- Enfoque en técnicas de respiración.  Ayudar a guiar mediante el pujar.  Desgarro natural, si es necesario.
- Episiotomía, si es necesaria.  Está bien usar fórceps o vacío.  Sin fórceps ni vacío.
- Me gustaría ver al bebé coronando.  Me gustaría sentir al bebé coronando.

**Después del nacimiento**

**Inmediatamente después del nacimiento:**

- Piel con piel.  Pasar el bebé a la persona compañera/de apoyo.
- Sí, limpiar al bebé.  No, no limpiar al bebé.

**Cordón umbilical:**

- Pinzamiento postergado.  Que el personal lo corte.  Que la persona compañera/de apoyo lo corte.

**Género del bebé:**

- Ya sé cuál es  Que el personal me lo diga  Averiguarlo yo misma  Que la persona compañera/de apoyo me lo diga

**Circuncisión (en caso de niños):**

- Sí  No  Necesito más información.

**Medicamento para el bebé**

- Vitamina K  Hepatitis B  Ungüento para ojos  Ninguno

**Alimentación**

- Leche materna  Bomba extractora  Biberón  Me gustaría reunirme con una especialista de lactancia.

**Consideraciones religiosas o culturales**

**Notas adicionales**