

Plan de preferencias para el parto



.....

Comparta sus respuestas con su profesional de la salud, el personal del hospital o centro de maternidad y con su pareja u otras personas de apoyo.

Nombre _____

1. Información de contacto de mi profesional de la salud:

Nombre _____

Teléfono _____

2. ¿Dónde planeo tener a mi bebé?

Nombre del hospital/centro de partos

Ciudad _____

3. ¿Quién deseo que me acompañe durante el parto?

Nombre _____

Teléfono _____

Esta persona es:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mi pareja | <input type="radio"/> El padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi familia | <input type="radio"/> Mi amiga |
| <input type="radio"/> Clérigo | <input type="radio"/> Doula |

4. Además de la persona principal de apoyo, ¿quién más deseo que me acompañe durante el parto?

Nombre _____

Teléfono _____

Esta persona es:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mi pareja | <input type="radio"/> El padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi familia | <input type="radio"/> Mi amiga |
| <input type="radio"/> Clérigo | <input type="radio"/> Doula |

Nombre _____

Teléfono _____

Esta persona es:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mi pareja | <input type="radio"/> El padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi familia | <input type="radio"/> Mi amiga |
| <input type="radio"/> Clérigo | <input type="radio"/> Doula |

Nombre _____

Teléfono _____

Esta persona es:

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Mi pareja | <input type="radio"/> El padre del bebé |
| <input type="radio"/> Mi familia | <input type="radio"/> Mi amiga |
| <input type="radio"/> Clérigo | <input type="radio"/> Doula |

Plan de preferencias para el parto



5. **¿Qué clase de apoyo deseo durante el parto?**

- Ayuda con la respiración
- Ayuda al manejar las contracciones
- Masaje
- Ayuda al moverme
- Otro _____

6. **¿Prefiero poder moverme durante el trabajo de parto?**

- Sí
- No

7. **¿En qué posición prefiero estar para el trabajo de parto?**

- Acostada
- Sentada
- De pie
- En movimiento
- Otro _____

8. **¿Qué medicamentos, si alguno, deseo para ayudarme a aliviar el dolor del parto?**

9. **¿Quién quiero que corte el cordón umbilical?**

10. **Deseo guardar la sangre del cordón umbilical de mi bebé?**

- Sí
- No

11. **¿Quiero que mi bebé se quede conmigo en todo momento después del parto? O, ¿está bien si pasa tiempo en la guardería?**

- Conmigo en todo momento
- Está bien en la guardería

12. **¿Deseo amamantar a mi bebé?**

- Sí
- No

13. **Si mi bebé es varón, ¿deseo que le hagan la circuncisión?**

- Sí
- No

14. **¿Me gustaría que se observara alguna tradición especial en la sala de parto?**

- Sí
- No

Describir _____

15. **Si surgiera algún problema conmigo o con el bebé, ¿quiero que se me informe primero, o quiero que se le informe primero a la persona que me acompaña?**

- A mí.
- Persona de apoyo.

Plan de preferencias para el parto



16. ¿Hay alguna otra cosa que el personal del hospital o del centro de partos debería saber sobre mí o sobre el nacimiento de mi bebé?

Sí No

Describir _____

17. Información de contacto del profesional de la salud de mi bebé

Nombre _____

Teléfono _____