

# Plan de Parto por Cesárea

Este plan refleja mis preferencias actuales y puede cambiar según sea necesario para la seguridad mía o de mi bebé.

Nombre: \_\_\_\_\_

Mi Apoyo/Pareja: \_\_\_\_\_

Doula/Otro: \_\_\_\_\_

POR FAVOR TENGA EN CUENTA:

Soy EGB+

Tengo incompatibilidad Rh con mi bebé

Tengo miedo a las agujas

Prefiero atención informada sobre el trauma

Otro: \_\_\_\_\_

No doy mi consentimiento para que estudiantes de medicina o enfermería estén presentes ni proporcionen atención durante mi trabajo de parto y parto.

ANTES DEL NACIMIENTO	NACIMIENTO y INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO
<p><b>LÍNEA INTRAVENOSA (VI)</b> Colocado en el antebrazo o la mano, si es posible</p> <p><b>ME GUSTARÍA UNA CESÁREA SUAVE INCLUYENDO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Frazadas calientes</li><li>Cables del monitor colocados fuera de mi pecho</li><li>Manguito de presión arterial en el brazo que no usaré para sostener a mi bebé</li><li>Pareja/persona de apoyo presente junto a mi cabeza</li><li>Cortina transparente o bajada para que pueda ver nacer a mi bebé</li><li>Que mi persona de apoyo acompañe a mi bebé en todo momento</li><li>Otras preferencias: _____</li></ul>	<p><b>Me gustaría:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Contacto piel con piel inmediato</li><li>Pinzamiento tardío del cordón para _____</li><li>Cordón cortado por: _____</li><li>“Hora Dorada” ininterrumpida</li><li>Asistencia con la lactancia</li><li>Retrasar pruebas o procedimientos no urgentes</li><li>Guardar mi placenta</li></ul> <p><b>No quiero:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Que se succione a mi bebé a menos que es médicamente necesario</li><li>Que se retire/se limpie el vérnix de mi bebé</li></ul> <p><b>PLAN DE BANCO DE SANGRE DEL CORDÓN:</b> _____</p>

## PROCEDIMIENTOS NEONATALES

<ul style="list-style-type: none"><li>Rechazo los antibióticos oculares para mi bebé</li><li>Rechazo la inyección de vitamina K para mi bebé</li><li>Rechazo la vacuna contra la hepatitis B para mi bebé</li><li>Rechazo el examen neonatal de 24 horas/PKU</li><li>Rechazo la circuncisión</li></ul>	<p><b>Requiero:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>Permanecer con mi bebé en la habitación las 24 horas</li><li>Evaluaciones o medicamentos administrados en mi habitación o mientras sostengo a mi bebé</li><li>Retrasar el baño del bebé durante la estancia hospitalaria</li><li>La toma de PKU mientras sostengo o doy de lactar a mi bebé</li><li>Grupo sanguíneo del bebé en la solicitud de laboratorio</li><li>Bebé varón a circuncidar</li></ul>
--	--

## LACTANCIA / ALIMENTACIÓN

Mi plan de alimentación: \_\_\_\_\_

No quiero que le den a mi bebé, a menos que sea necesario:

Fórmula

Agua azucarada

Chupón

Si se necesita suplementación, priorizar el calostro, leche donada y luego la fórmula.

Inicie la expresión manual y el bombeo

Use métodos alternativos de alimentación

Solicite a una Consultora de Lactancia lo antes posible