

Plan de Parto Vaginal

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.

TRABAJO DE PARTO

Requiero: Una enfermera con experiencia en partos de baja intervención Estar móvil durante el trabajo de parto Usar una variedad de posiciones según lo desee Beber y comer refrigerios según lo desee Interrupciones limitadas del persona	LÍNEA INTRAVENOSA (VI) Prefiero un bloqueo salino Rechazo tener una vía VI colocada MONITOREO FETAL Solicito monitoreo intermitente Prefiero monitoreo fetal inalámbrico Prefiero monitoreo fetal con Doppler	OPCIONES DE MANEJO DEL DOLOR Hidroterapia (tina o ducha) Óxido nitroso (si está disponible) Unidad TENS Medicamentos para el dolor por VI Epidural (anestesia) No quiero que me ofrezcan medicamentos para el dolor o anestesia, a menos que lo solicite específicamente: Una pelota de parto Un taburete de parto Una silla de parto Barra de soporte para parto en cuclillas
---	---	---

PUJAR

Deseo pujar según mi instinto Deseo "Dejar que el parto progrese" si no tengo ganas de pujar Planeo usar técnicas de hipn parto Estoy abierta a recibir orientación sobre cuándo y cuánto tiempo pujar Me gustaría recibir orientación para ayudar a prevenir desgarros	POSICIONES PREFERIDAS PARA PUJAR: Cualquier posición que se sienta adecuada en el momento Asistencia para adoptar diferentes posiciones de pujo si es necesario	DURANTE EL PUJO: No deseo masaje perineal Solicito presión contraria con una compresa tibia Quiero tocar la cabeza de mi bebé mientras está coronando Mi preferencia para "recibir" a nuestro bebé es: _____
---	--	--

NACIMIENTO y INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL NACIMIENTO

EN CASO DE UNA CESÁREA:

Me gustaría: Contacto piel con piel inmediato Pinzamiento tardío del cordón umbilical para _____ Cordón cortado por: _____ Asistencia con la lactancia "Hora Dorada" ininterrumpida Retrasar pruebas o procedimientos no urgentes Guardar mi placenta	No quiero: Que se succione a mi bebé a menos que es médicamente necesario Que se retire/se limpie el vórnix de mi bebé Cualquier intervención o tracción durante la expulsión de la placenta Pitocina después de la expulsión de la placenta, a menos que sea médicamente necesario PLAN DE BANCO DE SANGRE DEL CORDÓN: _____	Pareja/persona de apoyo presente junto a mi cabeza Frazadas calientes Cortina transparente o bajada para que pueda ver nacer a mi bebé Colocar al bebé piel con piel lo antes posible Que mi persona de apoyo acompañe a mi bebé en todo momento Pinzamiento tardío del cordón para: _____ Cordón recortado por: _____ "Hora Dorada" ininterrumpida Retrasar pruebas o procedimientos no urgentes Asistencia con la lactancia Otro: _____
---	---	---

PROCEDIMIENTOS NEONATALES

LACTANCIA / ALIMENTACIÓN

Rechazo los antibióticos oculares para mi bebé I decline Vitamin K shot for baby Rechazo la vacuna contra la hepatitis B para mi bebé Rechazo el examen neonatal de 24 horas/PKU Rechazo la circuncisión	Requiero: Permanecer con mi bebé en la habitación las 24 horas Evaluaciones o medicamentos administrados en mi habitación o mientras sostengo a mi bebé Retrasar el baño del bebé durante la estancia hospitalaria La toma de PKU mientras sostengo o doy de lactar a mi bebé Grupo sanguíneo del bebé en la solicitud de laboratorio Bebé varón a circuncidar	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
--	---	--