

## MODELO DE PLAN DE PARTO/NACIMIENTO

### Información general sobre mi persona:

Nombres y Apellidos:

.....

Edad:

.....

Nº de hijos:

.....

Alergias o intolerancias (medicamentos, alimentos, sustancias, etc. )

.....

.....

Mis necesidades Particulares: (por cultura, idioma, situaciones especiales como discapacidades, etc.)

.....

.....

### Mis Preferencias y deseos durante la dilatación

**Acompañamiento:** Deseo estar acompañada por:

- Mi pareja
- Madre/padre
- Hermana/otro familiar
- Amiga u otra persona (quién) .....
- Estaré sola

### Información y toma de decisiones:

- Me gustaría conocer el nombre de la persona o profesionales que estarán conmigo durante el parto
- Deseo estar informada acerca de la evolución del parto, y ser participe de la toma de decisiones
- Deseo ser informada y consultada sobre el uso de medicamentos o sueros antes de su administración.
- Deseo que no estén más personas de las necesarias, y se me pida autorización para que esté presente una persona en formación que no intervendrá en la atención.

### El espacio Físico:

- Me agradaría estar en la misma habitación en todo el proceso de parto
- Desearía disponer de un ambiente con luz tenue, regulable

- Deseo escuchar música durante el parto (que yo llevaré)

### **Procedimientos:**

- Desearía me informen de manera comprensible acerca de un procedimiento a realizar, y que yo pueda decidir
- Me gustaría poder estar en la posición que yo desee: caminar, estar acostada, sentada.
- Quisiera tomar agua o bebidas según mi necesidad durante el parto
- Si el parto está avanzando de manera normal, no desearía que se intervenga, si hay alguna incidencia sobre todo que no es de urgencia, deseo se me informe y consulte antes de intervenir

### **Para el control del bienestar de mi bebé me agradaría**

- Control electrónico periódico (intermitente) que me permita movilizar (si es posible)
- Control electrónico continuado (todo el tiempo)
- No tengo preferencias

### **Para el alivio del dolor**

- Deseo tener un parto sin anestesia
- Me gustaría se me ofrezca otras alternativas disponibles para el alivio del dolor como: bolsas de agua caliente, bañera o ducha si es posible, uso de pelota, uso óxido nitroso, etc.
- Haré uso de terapias, técnicas complementarias llevadas por mí, o proporcionadas por mi acompañante (subrayar): Yoga, homeopatía, aromaterapia, acupuntura, musicoterapia, flores de Bach, otros .....
- Deseo se me ponga la anestesia epidural al ingresar de parto.

### **Mis Preferencias y deseos durante el momento de atención del**

#### **Nacimiento**

- Me gustaría tener mi bebé en un ambiente tranquilo e íntimo, sin muchas personas, con luz suave (evitar interferencias con conversaciones fuera de lugar o usos de móvil, etc.)
- Me agradaría adoptar una posición cómoda para mí, para que nazca mi bebé: (subrayar): en la cama de partos, en la silla de parto, de cuclillas, de cuatro patas, de lado. Me es indiferente
- Desearía que mi bebé nazca en la bañera (si hay disponibilidad en el hospital)
- Desearía que haya un espejo para mirar cuando empieza a salir la cabeza de mi bebé
- Quisiera coger a mi bebé lo más pronto posible y que me lo pongan piel con piel

- Deseo que se deje de latir el cordón, salvo que sea necesario cortarlo por razones de urgencia
- Deseo que se permita que mi pareja o acompañante corte el cordón umbilical
- Queremos hacer donación de sangre de cordón (no es compatible con dejar de latir)
- Quiero que no nos separen y tener a mi bebé piel con piel por lo menos durante la primera hora
- Deseo que se palique la vitamina K intramuscular y el colirio o crema oftálmica después de un tiempo prudencial, y estando mi bebé conmigo
- Deseo que la aplicación de la vitamina K sea oral, me comprometo a cumplir la dosis recomendada
- No deseo que se aplique la vitamina K, firmaré el documento de negación
- No deseo que se aplique el colirio en los ojos de mi bebé, firmaré el documento de negación
- No tengo preferencias sobre estos aspectos

#### **Sobre la alimentación de mi bebé**

- Deseo dar sólo lactancia materna
- Deseo iniciar la lactancia de mi bebé lo más pronto posible
- No deseo que se le proporcione ningún tipo de alimento a mi bebé sin consultarme
- No deseo que se le ofrezca chupete a mi bebé sin consultarme.
- Deseo dar lactancia artificial

#### **En caso de cesárea**

- Deseo estar o acompañada por mi pareja o acompañante durante la cesárea
- Quisiera que me acerquen a mi bebé una vez haya nacido
- Desearía que si se puede realizar el contacto piel con piel, en el caso de no poder, que el piel con piel se haga con mi pareja o acompañante
- Desearía que todos las curas a realizar (aplicación de vitamina K, aplicación de colirio oftálmico) se retrasen, y que se haga estando conmigo o en brazos de mi pareja o acompañante
- No tengo preferencias sobre estos aspectos

Observaciones u otros aspectos: .....

.....  
Agradezco vuestra atención, y dar el valor a este documento, que tiene mucho significado para  
mi

.....  
Firma