

Plan de Parto



NOMBRE: PRONOMBRES: EDAD:

RAZA/ETNIA: FECHA DE PARTO:

MÉDICO/
COMADRONA: UBICACIÓN:

ESCENARIO: hospital centro de maternidad hogar TAMBIÉN NECESITO: transporte traductor

TIPO DE NACIMIENTO: vaginal cesárea PVDC agua FECHA DE INDUCCIÓN:

FACTORES DE SALUD:

ALERGIAS:

Equipo de Parto

Nombre:

Relación:

Rol:



Intervenciones Médicas/Inducción

En caso de parto por cesárea, quisiera:

un brazo libre cortinas transparentes permanecer despierta

Doy mi consentimiento para los siguientes procedimientos:

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Controles cervicales | <input type="checkbox"/> Monitorización fetal electrónico (continuo o intermitente) | <input type="checkbox"/> Amniotomía (ruptura intencional de agua) |
| <input type="checkbox"/> Epidurales | <input type="checkbox"/> Barrido de membrana | <input type="checkbox"/> Globo cervical |
| <input type="checkbox"/> Episiotomía | <input type="checkbox"/> Agentes para la maduración del cuello uterino (píldora, gel o inserto vaginal) | <input type="checkbox"/> Conexión intravenosa |
| <input type="checkbox"/> Pitocina | | |

Manejo de dolor

Si es médicamente posible, preferiría:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Respiración y/o Meditación | <input type="checkbox"/> Hidroterapia | <input type="checkbox"/> Cambio de posiciones: |
| <input type="checkbox"/> Masaje | <input type="checkbox"/> Medicación intravenosa | <input type="checkbox"/> acostada boca arriba |
| <input type="checkbox"/> Óxido nitroso | <input type="checkbox"/> Epidural | <input type="checkbox"/> acostada de lado |
| <input type="checkbox"/> Visualización | <input type="checkbox"/> Vocalización (gemidos bajos o gruñidos) | <input type="checkbox"/> en cuclillas |
| | | <input type="checkbox"/> de pie |
| | | <input type="checkbox"/> a cuatro patas |

Medidas de comodidad

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> música tocada (yo proporcionaré) | <input type="checkbox"/> la habitación lo más silenciosa posible |
| <input type="checkbox"/> las luces atenuadas | <input type="checkbox"/> la menor cantidad de interrupciones posible |
| <input type="checkbox"/> parto y/o bola de cacahuete (maní) | <input type="checkbox"/> mantenerse hidratada con líquidos claros y trocitos de hielo |
| <input type="checkbox"/> caminar/movimiento | <input type="checkbox"/> comer y beber según lo aprobado por mi médico |
| <input type="checkbox"/> filmar y/o tomar fotografías | <input type="checkbox"/> solo mi propio médico y enfermeras en la habitación (no estudiantes, residentes o pasantes) |
| <input type="checkbox"/> aromaterapia | |
| <input type="checkbox"/> afirmaciones de nacimiento | |

Procedimientos para recién nacidos

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Todos los procedimientos y medicamentos deben ser explicados de antemano. | <input type="checkbox"/> Si es necesario que me quiten a mi bebé para recibir tratamiento médico, quiero que mi persona de apoyo vaya con él/ella. |
| <input type="checkbox"/> Quiero que mi bebé sea circuncidado | |
| <input type="checkbox"/> Hora dorada (1 hora de contacto ininterrumpido piel con piel). | <input type="checkbox"/> Quiero conservar mi placenta para encapsularla o para una obra de arte. (La familia debe proporcionar una hielera.) |

Notas adicionales



Formulario de consentimiento para fotografías

Esto es completamente opcional y totalmente personalizable, y no se realizará sin un consentimiento claro. Con su consentimiento, la doula y la doula de respaldo tomarán fotografías, grabaciones de audio y video usando un teléfono celular o una cámara digital para documentar su experiencia de embarazo, parto y parto sin costo adicional. Toda la documentación será enviada al correo electrónico del cliente registrado en forma de una carpeta restringida de Google Drive. Esta carpeta se actualizará continuamente a lo largo de su experiencia. Cualquier foto o video que contenga pezones, genitales o rostros de niños menores de edad se eliminará de todos los dispositivos de grabación de las doulas inmediatamente después de cada vez que se actualice la carpeta. Cualquier consentimiento otorgado puede ser modificado o revocado en cualquier momento.

- **Doy mi pleno consentimiento** a mi doula y doula de respaldo tomando fotografías, grabaciones de audio y video de mi experiencia de embarazo, parto y alumbramiento.
- **No doy mi consentimiento** a mi doula y doula de respaldo tomando fotografías, grabaciones de audio y video de mi experiencia de embarazo, trabajo de parto y alumbramiento.
- **Doy mi consentimiento parcial** a mi doula y doula de respaldo tomando fotografías, grabaciones de audio y video de mi experiencia de embarazo, trabajo de parto y alumbramiento en las siguientes condiciones:

Firma del cliente y fecha:

Firma de la doula y fecha:
