

# Plan de Parto

Mi Nombre \_\_\_\_\_

Fecha en que se espera el nacimiento del bebé \_\_\_\_\_

## Mi proveedor médico

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

## ¿Dónde planeo tener mi bebé?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## ¿Quién es mi persona de apoyo principal durante el parto y el nacimiento?

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Esta persona es:

- ☐ Mi pareja      ☐ Padre de mi bebé  
☐ Mi familia    ☐ Mi amigo(a)  
☐ Clero           ☐ Partera

## A quién más quiero presente durante el parto y nacimiento?

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Esta persona es:

- ☐ Mi pareja      ☐ Padre de mi bebé  
☐ Mi familia    ☐ Mi amigo(a)  
☐ Clero           ☐ Partera

## ¿Qué tipo de ayuda quiero durante el parto?

- ☐ Ayuda con la respiración  
☐ Ayuda durante las contracciones  
☐ Masaje  
☐ Con el movimiento  
☐ Otra \_\_\_\_\_

## ¿Quiero poder moverme durante el parto?

☐ Sí      ☐ No

## Prefiero que mi parto sea:

- ☐ Vaginal  
☐ Cesárea

## ¿Deseo una epidural u otro medicamento que me ayude con el dolor durante el parto?

\_\_\_\_\_

## ¿Quién quiero que corte el cordón umbilical?

\_\_\_\_\_

## ¿Quiero guardar el cordón umbilical?

☐ Sí      ☐ No

## ¿Quiero mi bebé conmigo todo el tiempo después del nacimiento?

- ☐ Que se quede conmigo todo el tiempo  
☐ Está bien en la sala de bebés

## ¿Quiero amamantar al bebé?

☐ Sí      ☐ No

## Deseo que mi bebé “gatee” desde mi abdomen hasta el pecho después de nacer?

☐ Sí      ☐ No

## ¿Si mi bebé es niño, quiero que se le haga la circuncisión?

☐ Sí      ☐ No

## ¿Quiero que se practique alguna tradición especial después del nacimiento?

☐ Sí      ☐ No

Describe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ¿Si hay problemas conmigo o el bebé, quién quiero que sea el primero en saber?

- ☐ Díganmelo a mí primero  
☐ Díganle a mi persona de apoyo primero

## ¿Hay otros problemas que deben saber los empleados del hospital o del centro de maternidad sobre mí o sobre el nacimiento de mi bebé?

☐ Sí      ☐ No

Describe \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## La información de contacto del médico de mi bebé:

Nombre \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Pregúntele a su doctor por el formulario de tamizaje de Healthy Start. La ley de la Florida requiere que los proveedores de servicios médicos le ofrezcan el formulario de tamizaje de Healthy Start a todas las mujeres embarazadas durante su primera visita prenatal y a los recién nacidos en el hospital o centro de partos.

Va a tener a su bebé en el condado de Alachua? Asegúrese de inscribirse en el programa Newborn Home Visiting. En la semana después del nacimiento de su bebé, una enfermera registrada la visitará en su casa para ver cómo está, compartir información con usted y conectarla con servicios y recursos. Inscribese en: [NewbornHomeVisiting.org](http://NewbornHomeVisiting.org)

