



# Mi plan de nacimiento

Los sabrás cuando lo sientas- cuando sientes la tranquilidad de una pareja de salud que esta ahí para ayudarla navegar su embarazo, su parto y más allá.

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

**Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**Persona(s) de apoyo:** \_\_\_\_\_

**Doctora:** \_\_\_\_\_

Use esta lista para guiar su discusión con su médico.

Tenga en cuenta sus preferencias y entregue copias al personal cuando llegue al hospital.

## Durante el parto me gustaría:

- Música (yo proporcionare)
- Tranquilidad y disminuir luces
- Usar mi propia ropa
- Mantenerme hidratada con líquidos y pedazos de hielo
- Moverme como yo elija
- Monitoreo fetal intermitente
- Dejar que agua (fuente) se rompa naturalmente
- Decidir si usar medicamentos para el dolor a medida que avanza mi trabajo de parto
- Que se me ofrezca medicamento para el dolor o un epidural lo más pronto posible

- Ver el nacimiento usando un espejo
- Pareja, padres, otros hijos o dula estén presentes antes y/o durante el parto

Notas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Después del parto me gustaría:

- Sostener a mi bebé piel con piel inmediatamente después del parto
- Cortar el cordón umbilical solo después de que deje de pulsar
- Mi pareja de apoyo cortar el cordón umbilical
- Almacenar la sangre del cordón umbilical de mi bebé en un banco privado
- Amamantar exclusivamente a mi bebé mientras esta en el hospital o centro de maternidad
- Alimentar a mi bebe con formula

## Durante las horas de visita me gustaría:

- Miembros de la familia/visitantes que se unan a mí y al bebé inmediatamente después del parto
- Miembros de la familia/visitantes que esperen para unirse a mí y al bebé hasta la primera hora después del nacimiento
- Miembros de la familia/visitantes que solo vean al bebé en la guardería

Si mi bebé es un niño, quiero que se le haga una circuncisión en el hospital \_\_\_Si \_\_\_ No