



## PLAN DE PARTO

El plan de parto es un documento con validez legal donde la mujer gestante refleja sus preferencias de cara a la cuidados que desea recibir durante su embarazo, parto y post parto.

El equipo [entuparto](http://www.entuparto.com) trabajamos siempre conforme a la evidencia científica buscando la fisiología y el parto más seguro posible. Te invitamos a revisar nuestras "Guías de atención al parto" publicadas en nuestra web [www.entuparto.com](http://www.entuparto.com) donde encontrarás los recursos y prácticas que utilizamos en el seguimiento del embarazo, parto y postparto de las mujeres que confían en nosotras.

Este documento es una herramienta de diálogo entre la mujer, su pareja y los profesionales, pero no es la única.

Durante todo el proceso puede haber cambios y la mujer puede también tener otra perspectiva. Por ese motivo es imprescindible mantener siempre abierta una comunicación donde el profesional informe continuamente de la evolución del proceso, dando explicaciones comprensibles, y la mujer de o no su consentimiento y exprese sus preferencias en cada momento.

La confianza en el equipo que te acompañará y nuestro profundo respeto por vuestro proceso son elementos insustituibles de esa comunicación. Por eso agradecemos mucho vuestra determinación en que el equipo de [entuparto](http://www.entuparto.com) os acompañe en tu embarazo, parto y postparto.

ME LLAMO: \_\_\_\_\_

MI ACOMPAÑANTE SE LLAMA: \_\_\_\_\_

FECHA PROBABLE DE PARTO: \_\_\_\_\_

## 1. LLEGADA AL HOSPITAL:

SI ROMPO LA BOLSA SIN ESTAR DE PARTO Y NO HAY RIESGO AÑADIDO:

PREFIERO ESPERAR EN CASA:  PREFIERO ESPERAR EN EL HOSPITAL:

DESEO QUE EN MI PARTO ESTÉ, ADEMÁS DE MI ACOMPAÑANTE:

---

DESEO LLEVAR MI PROPIA ROPA: SÍ  NO

NECESIDADES ESPECIALES POR CULTURA O IDIOMA:

---

ALGUNA DIETA ESPECIAL:

---

ALGO QUE QUIERO QUE TENGAN EN CUENTA:

---

## 2. DURANTE LA DILATACIÓN:

DESEO QUE ME CANALICEN UNA VIA VENOSA DE RUTINA: SÍ  NO

DESEO PODER BEBER Y TOMAR ALIMENTOS LIGEROS: SÍ  NO

DESEO USAR AROMATERAPIA (INDICA EL ACEITE ESENCIAL):

---

METODOS DE ALIVIO DEL DOLOR QUE QUERRÍA USAR:

OXIDO NITROSO  BAÑERA  TENS

SACO SEMILLAS  DUCHA  EPIDURAL

OTROS:

---

SI ES POSIBLE, DESEO MONITORIZACIÓN INTERMINENTE:

SI

ME ES INDIFERENTE

### 3. NACIMIENTO DEL BEBÉ:

LUGAR DONDE QUERRIA QUE NACIERA EL BEBÉ:

EN EL AGUA:

EN TIERRA:

EN CASO DE CESÁREA,

DESEO QUE PASE MI ACOMPAÑANTE: SI  NO

DESEO QUE HAGA EL CONTACTO PCP CON EL BEBÉ:

YO MISMA:

MI PAREJA:

### 4. ALUMBRAMIENTO DE LA PLACENTA:

DESEO ALUMBRAMIENTO DIRIGIDO (CON OXITOCINA): SI  NO

DESEO REALIZAR SU IMPRONTA EN PAPEL: SI  NO

### 5. CUIDADOS DEL BEBÉ POST-PARTO:

CLAMPAJE FISIOLÓGICO DEL CORDÓN (EXANGÜE): SI  NO

DESEO QUE MI ACOMPAÑANTE CORTE EL CORDÓN: SI  NO

RECOGIDA PRIVADA DE LA SANGRE : SI  NO

ANTIBIÓTICO OFTÁLMICO: SI  NO

DESEO QUE SE LE ADMINISTRE LA VIT K Y PRUEBAS DEL TALÓN AL PECHO

SI

LE DAREMOS LA VIT K ORAL:

DESEO QUE NO SE LE BAÑE DURANTE LA ESTANCIA EN EL HOSPITAL

DESEO PONERLE GORRITO TRAS EL NACIMIENTO:

#### 6. ALIMENTACIÓN DEL BEBÉ:

MATERNA

FÓRMULA

MIXTA

ACLARACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. ALTA HOSPITALARIA, DESEO ALTA PRECOZ SI  NO

\_\_\_\_\_

ME GUSTARÍA TAMBIÉN DECIR....

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

COMENTARIOS DEL PROFESIONAL:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE Y FIRMA GESTANTE:

NOMBRE Y FIRMA PROFESIONAL: