

Plan personalizado para el parto

Nombre de la Paciente _____ Nombre de Coach del parto _____

Por favor, marque sus preferencias para el parto

Entorno:

- Luces tenues
- Silencio
- Música
- Visitantes Deseo que estén presentes durante el parto: _____
- Otros _____

Posiciones:

- Mantener la movilidad caminando, sillón o mecedora
- Pelota de parto
- Otros _____

Anestesia (Alivio del dolor):

- No deseo ningún tipo de medicamento/ anestesia durante el parto, lo pediré si cambio de opinión
- Ofrecer solo medicamentos intravenosos (IV)
- Epidural (medicamento aplicado en la espalda por el médico) para controlar el dolor, cuando esté disponible
- Otros _____

Opciones no médicas para aliviar el dolor:

- Relajación
- Posicionamiento
- Agua (Ducha o jacuzzi)
- Terapia con calor o frío
- Aromaterapia
- Masaje
- Otros _____

Cuidado del bebé:

- Compañero cortará el cordón umbilical
- Contacto inmediato piel a piel con el bebé después del parto
- Lactancia
- Alimentación con fórmula
- Combinación de lactancia y fórmula
- Otros _____

Cesárea: (Parto mediante cirugía a través del abdomen)

- Anestesia espinal/epidural (Medicamento aplicado en la espalda por el médico para aliviar el dolor durante la c
- Compañero presente
- Contacto piel a piel con el bebé en sala de operaciones y/o recuperación (bebé sobre el pecho de la mamá)
- Otros _____

Planes de educación:

Dudas y preocupaciones sobre la lactancia (pezones invertidos, cirugías previas del seno, problemas anteriores)
Planes de educación sobre el parto: _____

Para inscribirse en las clases de Valley View, llame al 384-7200

Proveedor de salud del bebé: _____

cirugía)

es)

Fecha estimada del parto: _____