

# OPCIONES DE NACIMIENTO EN EL CENTRO DE PARTERAS CENTRO MEDICO DE TUCSON

## PLAN DE NACIMIENTO

### 1. Clases que ha atendido:

- Orientación y Tour del Centro de Parteras (Video en la red de TMC)
- Clase de Alta temprana (recomendada para el Alta antes de 12 horas)
- Centering Pregnancy
- Amamantamiento/Clases del Recién Nacido. Donde? \_\_\_\_\_
- Clases de preparacion para el Nacimiento del Bebé. Donde? \_\_\_\_\_

### 2. Cuidado del Infante:

- Planea amamantar?
- Alimentar con Fórmula?

Has amamantado anteriormente? \_\_\_\_\_ Por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_

Tuvo problemas al amamantar? \_\_\_\_\_

Que nombre le pondrás a tu bebé? (No importa si aún no lo tienes) \_\_\_\_\_

Nombre del Pediatra. \_\_\_\_\_

Si es varón optarías por la Circuncisión? \_\_\_\_\_

Das tu consentimiento para los siguientes procedimientos y exámenes de rutina? (recomendado para prevenir discapacidad y muerte en el recién nacido)

- Vitamina K
- Eritromicina (unguento para los ojos)
- Vacuna de la Hepatitis B
- Examen de audición
- Pruebas Genéticas
- Pruebas para la detección de enfermedades congénitas del Corazón

### 3. Planes para el Parto:

Familia/Amigos que te acompañaran:

Nombre	Relación	Edad Niño(a)	Presente en el parto	El/Ella atendió a clases?
--------	----------	--------------	----------------------	---------------------------

_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Recordatorio: La familia es Bienvenida y fomentamos su presencia en el nacimiento. Por favor recuerda que los niños pequeños necesitan a un adulto que se haga responsable de acompañarlos en todo momento mientras estén en el Centro de Nacimiento de las Parteras.

**A. Como visualizas tu labor de parto y Nacimiento?**

**B. Que temores o preocupaciones tienes al dar a luz?**

**C. Como visualizas el rol de la Partera en tu Parto y Nacimiento?**

**D. Pareja: Cuales son las expectativas relacionadas a la experiencia del Nacimiento:**

**E. Tienes algún deseo en especial?**

**4. Planes de Nacimiento:**

A. Que tipo de apoyo o ayuda tendrás en las primeras semanas? \_\_\_\_\_

B. Planeas regresar al trabajo? \_\_\_\_\_ En cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

C. Cuales son tus planes para la Planificación Familiar? \_\_\_\_\_

-----  
CNM Notas:

\_\_\_\_\_ Labor temprana/cuándo llamar/cómo contactarnos

\_\_\_\_\_ Admisión/curso del trabajo de parto

\_\_\_\_\_ Elegibilidad para El Centro De Parteras

\_\_\_\_\_ Revisar tu Plan De Nacimiento

\_\_\_\_\_ Estancia Corta: Alta del Centro temprana y visita en casa

\_\_\_\_\_ Post Parto/Seguimiento/Apoyo

\_\_\_\_\_ Orientación: Centro de Parteras

\_\_\_\_\_ AMTSL Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Firma al concluir el plan de parto.

He revisado el plan de parto con mi Partera y tuve la oportunidad de que se contestaran mis preguntas.

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma de la Partera