

NOTA: ESTE ES SÓLO UN EJEMPLO. CADA PLAN DE PARTO ES DIFERENTE Y DEBE CONTENER LOS DESEOS Y PREFERENCIAS DE CADA MUJER Y DE CADA FAMILIA. NO SE TRATA DE COPIAR Y PEGAR ESTE DOCUMENTO Y ADJUNTARLO COMO TUYO. PUEDES TOMAR ELEMENTOS DE ÉSTE Y COMPLEMENTARLOS CON LOS TUYOS. TE RECOMIENDO GUIARTE DE LAS RECOMENDACIONES PARA UNA EXPERIENCIA DE PARTO POSITIVO DE LA OMS QUE TAMBIÉN ENCUENTRAS EN LOS DESCARGABLES

Fecha:

Lugar:

Nombre de la madre:

Identificación:

Un **PLAN DE PARTO** es una manifestación de voluntad, a través de la cual le puedes expresar a la institución médica tus deseos frente a la atención al parto, es decir, cómo quieres ser atendida durante el proceso y los aspectos que para ti son importantes que tengan en cuenta.

Puedes discutirlo con tu médico en los controles prenatales y pedirle que lo incluya en tu historia clínica, y debes llevarlo contigo el día del parto.

El nacimiento de mi hijo/a \_\_\_\_\_ es un hecho muy importante en mi vida por tal motivo, quisiera que la atención al parto fuera cálida y tranquila y que durante la labor de parto, el parto y el postparto inmediato se tuvieran en cuenta los deseos y preferencia que enuncio a continuación:

Durante la labor de parto, parto y post-parto inmediato quiero estar acompañada por:

\_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_ Teléfono/celular: \_\_\_\_\_

Deseo que el personal a cargo de mi trabajo de parto y parto, dé lectura a mi “plan de parto” y que éste sea respetado.

Quiero ser informada en lenguaje claro y comprensible sobre los procedimientos que se me realizarán y que yo pueda manifestar mi consentimiento frente a ellos.

Deseo que se proteja mi intimidad y mi privacidad en la labor de parto, parto y postparto inmediato y estar con pocas personas tanto en habitación como en quirófano.

Durante la labor de parto deseo tener libertad de movimiento, poder caminar y adoptar las posiciones que mi cuerpo necesite para el manejo de las contracciones.

\_\_\_\_\_

**Respecto a la ropa, quisiera:**

Poder usar mi propia ropa.

Usar la ropa suministrada por el Hospital al ingreso.

Quisiera que, aunque se me canalice la vena al ingreso al hospital, no permanezca conectada todo tiempo para poder moverme con tranquilidad.

Quisiera poder beber líquidos claros durante la labor de parto y alimentarme con alimentos ligeros si permanezco muchas horas en labor.

Deseo que se me brinde acompañamiento por parte de mi pareja y mi doula para el manejo consciente del dolor y para el apoyo físico y emocional durante la labor de parto, el parto y el postparto inmediato.

Deseo utilizar material de apoyo como cojines o pelota para ejercicios.

Deseo realizar actividad física como movimiento y posturas que favorezcan la labor de parto y el manejo de la respiración.

Deseo medidas de confort tales como aromaterapia, masajes relajantes, baño de agua caliente, paños de calor, música suave.

Quisiera que mi parto transcurra de la manera más natural posible; si todo avanza adecuadamente, que no se me suministre Oxitocina sintética (pitocín) para inducirlo o acelerarlo.

Deseo que se me realice el mínimo de tactos vaginales estrictamente necesarios para valorar la evolución del parto y que en lo posible sean realizados por la misma persona.

Me gustaría poder adoptar la posición que a mi cuerpo le resulte más cómoda al momento del parto (vertical, horizontal, cuclillas, en cuatro, de pie)

Deseo que no se me realicen ningún tipo de maniobras que aceleren o ayuden al parto, tales como maniobra de Hamilton, Kristeller, utilización de fórceps o vacuum

Deseo que no dirijan mis pujos, me gustaría que éstos fueran de manera espontánea.

Quisiera que no se me practicara una episiotomía (corte lateral de la piel y el musculo entre el ano y la vagina para ampliar la abertura de la vagina).

Me gustaría que mi acompañante pueda cortar el cordón umbilical con las medidas de asepsia necesarias y las indicaciones del personal médico y que éste solo se corte cuando suspenda su latido.

Para mí es muy importante que mi bebé sea colocado sobre mi piel inmediatamente nazca.

Deseo vivir con mi bebé el proceso de arrastre al pecho acompañado por el personal entrenado y por mi acompañante.

Deseo que la lactancia materna se dé dentro de la primera hora del nacimiento.

Deseo que identifiquen a mi hijo en mi presencia.

---

---

Firma de la mamá  
CC: \_\_\_\_\_

Firma acompañante elegido por la gestante  
CC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma médico que recibe Plan de Parto  
CC: \_\_\_\_\_  
Registro médico: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma auxiliar de enfermería que realiza el  
ingreso al servicio  
CC: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma acompañante institucional del parto o Doula  
CC: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_