



El equipo de Pre Parto y Recién Nacido Inmediato, presenta el documento **MI PLAN DE PARTO**, cuyo objetivo es brindarles una valiosa herramienta, mediante la cual expresen sus preferencias, deseos y expectativas sobre el proceso de trabajo de pre parto y parto. Así mismo, se considera una valiosa guía para orientar la labor de todas las personas del equipo que participan en el acompañamiento de un proceso tan único y vital en la vida humana.

**Consideraciones importantes:**

1. En este documento se han seleccionado aspectos relevantes de su proceso de trabajo de pre parto y parto, por lo que debe ser completada con la profesional matrona/ón durante sus controles prenatales en consultorio.
2. **MI PLAN DE PARTO**, está confeccionado en base a todo lo que el equipo profesional: médicos, matronas, matrones, técnicos y auxiliares de servicio realizan en sus funciones, desde la responsabilidad y calidad de atención, hasta el cumplimiento de protocolos intrahospitalarios e infraestructura del establecimiento.
3. **MI PLAN DE PARTO**, debe ser entregado al momento del ingreso y hospitalización en la Unidad de Urgencia Gineco-Obstétrica del Hospital Regional Coyhaique.
4. Al final del documento se ha dispuesto un código QR en el cual, el acompañante significativo, tendrá acceso a información relevante respecto de su participación del proceso.

**Afectuosamente,  
Equipo de Pre Partos-Recién nacido inmediato**

MI NOMBRE ES \_\_\_\_\_

EL NOMBRE DE MI HIJA/O \_\_\_\_\_

RESPECTO A MI ACOMPAÑANTE SIGNIFICATIVO:

- Deseo estar acompañada. Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_
- No deseo estar acompañada.

## PREFERENCIAS DURANTE EL TRABAJO DE PARTO DE LA PERSONA GESTANTE

- Deseo tener libertad de movimiento durante mi trabajo de parto.
- Deseo estar hidratada e ingerir alimentos vía oral durante el trabajo de parto.

DESEO UTILIZAR LOS SIGUIENTES MÉTODOS NO FARMACOLÓGICOS DE ALIVIO DEL DOLOR:

- MASAJE       CALOR LOCAL       HIDROTERAPIA (*Ducha de agua caliente*)
- REBOZO       BALÓN KINÉSICO       AROMATERAPIA PERSONALIZADA
- MUSICOTERAPIA PERSONALIZADA       OTRO

RESPECTO A MÉTODO FARMACOLÓGICO DE ALIVIO DEL DOLOR:

- Sí, lo considero necesario, deseo anestesia farmacológica para alivio del dolor.
- NO deseo anestesia farmacológica para alivio del dolor.
- Me gustaría la participación y apoyo continuo de mi acompañante significativo, durante el trabajo de parto.
- Deseo ser informada en todo momento, en lenguaje comprensible de los procedimientos que realizarán durante mi trabajo de parto.

## PREFERENCIAS DURANTE EL PARTO:

Quisiera elegir la posición de parto:

- SEMISENTADA     SENTADA     CUCLILLAS     CUADRUPEDIA  
 DE PIE     LATERALIZADA  
 Deseo un ambiente silencioso, luz tenue y tranquila para el nacimiento de mi hija/o.  
 No deseo que se realice episiotomía de rutina, sólo si es necesario.

## RESPECTO A MI PLACENTA

- SOLICITO LA ENTREGA DE MI PLACENTA     DESEO VER MI PLACENTA

## ATENCIÓN DE MI HIJA /O

- QUISIERA ESTAR INFORMADA DE TODO PROCEDIMIENTO REALIZADO A MI HIJA/O.

Deseo que el corte del cordón umbilical, sea efectuado por:

- ACOMPAÑANTE SIGNIFICATIVO     YO, QUISIERA CORTAR CORDÓN     PROFESIONAL DE LA SALUD

## RESPECTO AL APEGO:

- Deseo, inmediatamente después del nacimiento de mi hija/o realizar apego piel con piel, al menos dos horas post parto si su condición lo permite.  
 No quiero verlo     Deseo que mi acompañante realice apego

## RESPECTO AL APEGO:

- Deseo amamantar.     Deseo iniciar lactancia precoz     NO deseo amamantar.

---

FIRMA