

Birth Plan

A birth plan is a list of preferences you make prior to your baby's birth. It's important for everyone to know ahead of time what your personal birth plan is. Fill out this plan with your partner before bringing it to the hospital. Please be sure to discuss your preferences with your health care provider prior to your hospital admission.

Your name _____ Your baby's due date _____

My health care provider's contact information:

Name _____ Phone _____

My baby's health care provider's contact information:

Name _____ Phone _____

Who is/are my primary support person(s) during labor and birth?

Support Person _____ Phone _____

Support Person _____ Phone _____

Who else do I want with me during labor and birth?

Visitor _____ Phone _____

Visitor _____ Phone _____

What kind of support do I want during labor?

Help with breathing Help working through contractions Other _____

Massage Moving around _____

Do I want to be able to move around during labor? yes no

During active labor, I prefer the following position (I have discussed this with my health care provider prior to delivery):

Lying down Sitting Other _____

Standing Moving around _____

What kind of interventions, if any, do I want to help with labor pain (Examples: birthing ball, hot and/or cold compresses, breathing patterns, warm shower, partner massage, medications and/or epidural)

Who do I want to cut the umbilical cord? _____

I want to breastfeed my baby. yes no

Are there special requests I want to take place when my baby is born? yes no

Describe _____

Are there other issues the hospital staff should know about me or my baby's birth? yes no

Describe _____

Is there anything else that is important to you that you would like to share with us?

Plan de parto

Un plan de parto es una lista de preferencias que usted prepara antes del nacimiento de su bebé. Es importante que todos sepan con anticipación su plan personal con respecto a su trabajo de parto y su parto. Complete este plan con su pareja antes de traerlo al hospital. Por favor asegúrese de hablar con respecto a sus preferencias con su proveedor de atención de salud antes de su internación en el hospital.

Su nombre: _____ Fecha probable de parto de su bebé: _____

Información de contacto de mi proveedor de atención de salud:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Información de contacto del proveedor de atención de salud de mi bebé:

Nombre: _____ Teléfono: _____

¿Quién/es es/son mi/s persona/s de apoyo primario durante el trabajo de parto y el parto?

Persona de apoyo: _____ Teléfono: _____

Persona de apoyo: _____ Teléfono: _____

¿Qué otra persona deseo que esté conmigo durante el trabajo de parto y el parto?

Visita: _____ Teléfono: _____

Visita: _____ Teléfono: _____

¿Qué tipo de apoyo deseo recibir durante el trabajo de parto?

Ayuda con la respiración Ayuda para el trabajo con las contracciones Otra: _____

Masajes Moverme _____

¿Deseo poder moverme durante el trabajo de parto? sí no

Durante el trabajo activo de parto, prefiero la siguiente posición (he hablado acerca de esto con mi proveedor de atención de salud antes del parto):

Recostada Sentada Otra: _____

De pie Moviéndome _____

¿Qué tipo de intervenciones deseo para ayudar con el dolor del trabajo de parto, si es que deseo alguna? (ejemplos: pelota de trabajo de parto, compresas calientes y/o frías, patrones respiratorios, ducha caliente, masaje de mi pareja, medicamentos y/o epidural)

¿Deseo cortar el cordón umbilical? _____

Deseo amamantar a mi bebé. sí no

¿Hay alguna solicitud especial que desee realizar cuando nazca mi bebé? sí no

Describa _____

¿Hay algún otro tema que el personal del hospital deba conocer con respecto a mí o al nacimiento de mi bebé? sí no

Describa _____

¿Hay alguna otra cosa importante para usted que usted desee compartir con nosotros?

