



ESPERANDO NUESTRO BEBÉ Y PREPARANDONOS PARA EL PARTO

NOMBRE DE LA GESTANTE: _____

JEFE DE LA FAMILIA Y/O PARIENTE: _____

EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ DIRECCIÓN DE REFERENCIA: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____

ESTABLECIMIENTO: _____ H. CLÍNICA: _____

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

	FECHA	1° ENTREVISTA	2° ENTREVISTA	3° ENTREVISTA	4° ENTREVISTA
1	Meses de gestación				
2	¿Dónde se atenderá su parto?	Hospital			
		Establecimiento de salud (C.S - P.S.)			
		Clínica / Otros			
		Domicilio			
3	¿Quién te gustaría que atienda tu parto?				
4	¿En qué posición prefiere dar a luz?	Echada			
		Cunclillas			
		Ashuturada			
		Otros			
5	¿Para venir al establecimiento en el momento del parto o en caso de emergencia, cómo te vas a transportar?	Carro y/o camioneta			
		Mototaxi			
		Acémila			
		Camilla			
		Caminando			
6	¿Qué tiempo tarda o demora en llegar al establecimiento de salud?				
7	¿En el momento del parto o emergencia quién avisará al personal de salud?				
8	¿Quién cuidará de sus hijos, su casa y sus animales durante su ausencia?				
9	¿Aceptaría ir a la casa de espera u otra cerca al establecimiento de salud?				
10	¿Sabé cuándo debe ir al establecimiento y/o casa de espera	Si (fecha)			
		No			
11	¿Qué método de Planificación Familiar desearía utilizar después del parto?				
12	Firma de gestante				
13	Firma de la pareja, acompañante o familiar				
14	Firma del trabajador y/o promotor que realiza la entrevista				

¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	ESPOSO/FAMILIAR/OTROS	GRUPO SANGUÍNEO	DNI	FIRMA

POTENCIALMENTE DONANTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO			
FECHA	NOMBRE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMOGLOBINA

QUE NECESITO PARA MI PARTO

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal, la segunda y tercera entrevista, debe realizarse en las visitas domiciliarias, y la cuarta visita en el puerperio.



ESPERANDO NUESTRO BEBÉ Y PREPARANDONOS PARA EL PARTO

No olvidemos que toda madre nos brinda

1. Cariño
2. Alimentación
3. Educación
4. Promoción



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO

DURANTE EL EMBARAZO



ZUMBIDO DE OÍDOS



VISIÓN BORROSA



DOLOR DE CABEZA



HINCHAZÓN DE PIERNAS



FIEBRE



SANGRADO VAGINAL



PÉRDIDA DE LÍQUIDO

PRESENTACIÓN ANORMAL DEL BEBÉ QUE COMPLICAN UN PARTO



SENTADO



TRANSVERSO



GEMELAR

DURANTE EL PARTO



MUCHO TIEMPO EN TRABAJO DE PARTO



SANGRADO



PÉRDIDA DE LÍQUIDO



SALIDA DE CORDÓN



SALIDA DE MANO

DESPUÉS DEL PARTO



PLACENTA NO CAE POR MAS DE 30 MINUTOS Y EXISTE SANGRADO



SANGRADO

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO



BEBÉ NO MAMA



BEBÉ AMARILLO



BEBÉ MUY FRÍO



BEBÉ CON CALENTURA



OMBLIGO ROJO Y/O CON MAL OLOR

“JUNTOS, FAMILIA Y COMUNIDAD TRABAJANDO POR EL BIENESTAR DE NUESTRAS MADRES GESTANTES Y NIÑOS”



ESPERANDO NUESTRO BEBÉ Y PREPARANDONOS PARA EL PARTO

No olvidemos que toda madre nos brinda

1. Cariño
2. Alimentación
3. Educación
4. Promoción



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO

DURANTE EL EMBARAZO



ZUMBIDO DE OÍDOS



VISIÓN BORROSA



DOLOR DE CABEZA



HINCHAZÓN DE PIERNAS



FIEBRE



SANGRADO VAGINAL



PÉRDIDA DE LÍQUIDO

PRESENTACIÓN ANORMAL DEL BEBÉ QUE COMPLICAN UN PARTO



SENTADO



TRANSVERSO



GEMELAR

DURANTE EL PARTO



MUCHO TIEMPO EN TRABAJO DE PARTO



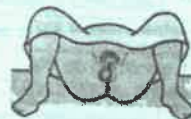
SANGRADO



PÉRDIDA DE LÍQUIDO



SALIDA DE CORDÓN



SALIDA DE MANO

DESPUÉS DEL PARTO



PLACENTA NO CAE POR MAS DE 30 MINUTOS Y EXISTE SANGRADO



SANGRADO

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO



BEBÉ NO MAMA



BEBÉ AMARILLO



BEBÉ MUY FRÍO



BEBÉ CON CALENTURA



OMBLIGO ROJO Y/O CON MAL OLOR

"JUNTOS, FAMILIA Y COMUNIDAD TRABAJANDO POR EL BIENESTAR DE NUESTRAS MADRES GESTANTES Y NIÑOS"



ESPERANDO NUESTRO BEBÉ Y PREPARANDONOS PARA EL PARTO

NOMBRE DE LA GESTANTE: _____
JEFE DE LA FAMILIA Y/O PARIENTE: _____
EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ DIRECCIÓN DE REFERENCIA: _____
GRUPO SANGUÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____
ESTABLECIMIENTO: _____ H. CLÍNICA: _____
TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

	FECHA	1° ENTREVISTA	2° ENTREVISTA	3° ENTREVISTA	4° ENTREVISTA
1	Meses de gestación				
2	¿Dónde se atenderá su parto?	Hospital			
		Establecimiento de salud (C.S - P.S.)			
		Clínica / Otros			
		Domicilio			
3	¿Quién te gustaría que atienda tu parto?				
4	¿En qué posición prefiere dar a luz?	Echada			
		Cuncillas			
		Ashuturada			
		Otros			
5	¿Para venir al establecimiento en el momento del parto o en caso de emergencia, cómo te vas a transportar?	Carro y/o camioneta			
		Mototaxi			
		Acémila			
		Camilla			
	Caminando				
6	¿Qué tiempo tarda o demora en llegar al establecimiento de salud?				
7	¿En el momento del parto o emergencia quién avisará al personal de salud?				
8	¿Quién cuidará de sus hijos, su casa y sus animales durante su ausencia?				
9	¿Aceptaría ir a la casa de espera u otra cerca al establecimiento de salud?				
10	¿Sabe cuándo debe ir al establecimiento y/o casa de espera	Si (fecha)			
		No			
11	¿Qué método de Planificación Familiar desearía utilizar después del parto?				
12	Firma de gestante				
13	Firma de la pareja, acompañante o familiar				
14	Firma del trabajador y/o promotor que realiza la entrevista				

¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÁN O AYUDARÁN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	ESPOSO/FAMILIAR/OTROS	GRUPO SANGUÍNEO	DNI	FIRMA

POTENCIALMENTE DONANTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO			
FECHA	NOMBRE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMOGLOBINA

QUE NECESITO PARA MI PARTO

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal, la segunda y tercera entrevista, debe realizarse en las visitas domiciliarias, y la cuarta visita en el puerperio.



ESPERANDO NUESTRO BEBÉ Y PREPARANDONOS PARA EL PARTO

No olvidemos que toda madre nos brinda

1. Cariño
2. Alimentación
3. Educación
4. Promoción



SIGNOS Y SÍNTOMAS DE PELIGRO

DURANTE EL EMBARAZO



ZUMBIDO DE OÍDOS



VISIÓN BORROSA



DOLOR DE CABEZA



HINCHAZÓN DE PIERNAS



FIEBRE



SANGRADO VAGINAL



PÉRDIDA DE LÍQUIDO

PRESENTACIÓN ANORMAL DEL BEBÉ QUE COMPLICAN UN PARTO



SENTADO



TRANSVERSO



GEMELAR

DURANTE EL PARTO



MUCHO TIEMPO EN TRABAJO DE PARTO



SANGRADO



PÉRDIDA DE LÍQUIDO



SALIDA DE CORDÓN



SALIDA DE MANO

DESPUÉS DEL PARTO



PLACENTA NO CAE POR MAS DE 30 MINUTOS Y EXISTE SANGRADO



SANGRADO

SIGNOS DE ALARMA EN EL RECIÉN NACIDO



BEBÉ NO MAMA



BEBÉ AMARILLO



BEBÉ MUY FRÍO



BEBÉ CON CALENTURA



OMBLIGO ROJO Y/O CON MAL OLOR

“JUNTOS, FAMILIA Y COMUNIDAD TRABAJANDO POR EL BIENESTAR DE NUESTRAS MADRES GESTANTES Y NIÑOS”



ESPERANDO NUESTRO BEBÉ Y PREPARANDONOS PARA EL PARTO

NOMBRE DE LA GESTANTE: _____

JEFE DE LA FAMILIA Y/O PARIENTE: _____

EDAD: _____ COMUNIDAD: _____ DIRECCIÓN DE REFERENCIA: _____

GRUPO SANGUÍNEO: _____ FECHA PROBABLE DEL PARTO: _____

ESTABLECIMIENTO: _____ H. CLÍNICA: _____

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: _____ TELÉFONO ALTERNATIVO: _____

	FECHA	1º ENTREVISTA	2º ENTREVISTA	3º ENTREVISTA	4º ENTREVISTA
1	Meses de gestación				
2	¿Dónde se atenderá su parto?	Hospital			
		Establecimiento de salud (C.S - P.S.)			
		Clinica / Otros			
		Domicilio			
3	¿Quién te gustaría que atienda tu parto?				
4	¿En qué posición prefiere dar a luz?	Echada			
		Cunclillas			
		Ashuturada			
		Otros			
5	¿Para venir al establecimiento en el momento del parto o en caso de emergencia, cómo te vas a transportar?	Carro y/o camioneta			
		Mototaxi			
		Acémila			
		Camilla			
6	¿Qué tiempo tarda o demora en llegar al establecimiento de salud?		4		
7	¿En el momento del parto o emergencia quién avisará al personal de salud?				
8	¿Quién cuidará de sus hijos, su casa y sus animales durante su ausencia?				
9	¿Aceptaría ir a la casa de espera u otra cerca al establecimiento de salud?				
10	¿Sabe cuándo debe ir al establecimiento y/o casa de espera	Si (fecha)			
		No			
11	¿Qué método de Planificación Familiar desearía utilizar después del parto?				
12	Firma de gestante				
13	Firma de la pareja, acompañante o familiar				
14	Firma del trabajador y/o promotor que realiza la entrevista				

¿QUÉ PERSONAS LA ACOMPAÑARÍAN O AYUDARÍAN EN SU TRASLADO AL ESTABLECIMIENTO PARA EL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?

NOMBRE	ESPOSO/FAMILIAR/OTROS	GRUPO SANGUÍNEO	DNI	FIRMA

POTENCIALMENTE DONANTE		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO			
FECHA	NOMBRE	GRUPO SANGUÍNEO	HEMOGLOBINA

QUE NECESITO PARA MI PARTO

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal, la segunda y tercera entrevista, debe realizarse en las visitas domiciliarias, y la cuarta visita en el puerperio.