

ESPERANDO MI PARTO

NOMBRE DE LA GESTANTE:

EDAD: COMUNIDAD: Dirección de Referencia:

GRUPO SANGUÍNEO: FECHA PROBABLE DE PARTO:

ESTABLECIMIENTO: RED: MICRO RED:

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: TELÉFONO ALTERNATIVO:

FECHA		1º ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	2º ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	3º ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL		
		C.S.		
		P.S.		
		DOMICILIO		
		OTRO		
3	¿QUIEN ATENDERÁ SU PARTO?			
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFIERE DAR A LUZ?	ECHADA		
		CUCLILLAS		
		ACINTURADA		
		OTRO		
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	CARRO		
		ACÉMILA		
		CAMILLA		
		OTRO		
6	¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
7	¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO U EMERGENCIA?			
8	¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?			
9	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
10	¿SABE CUANDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?			
11	FIRMA DE LA GESTANTE			
12	FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
13	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			



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

NOMBRE	PARENTESCO	¿Donaría sangre si fuera necesario? SI / NO	DNI	FIRMA

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias, para tener el Plan de Parto final en el tercer trimestre

ESPERANDO MI PARTO



NOMBRE DE LA GESTANTE:

EDAD: COMUNIDAD: Dirección de Referencia:

GRUPO SANGUÍNEO: FECHA PROBABLE DE PARTO:

ESTABLECIMIENTO: RED: MICRO RED:

TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: TELÉFONO ALTERNATIVO:

FECHA		1° ENTREVISTA (I TRIMESTRE)	2° ENTREVISTA (II TRIMESTRE)	3° ENTREVISTA (III TRIMESTRE)
1	EDAD GESTACIONAL			
2	¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?	HOSPITAL		
		C.S.		
		P.S.		
		DOMICILIO		
		OTRO		
3	¿QUIEN ATENDERÁ SU PARTO?			
4	¿EN QUÉ POSICIÓN PREFIERE DAR A LUZ?	ECHADA		
		CUCILLAS		
		ACINTURADA		
		OTRO		
5	¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO O EN CASO DE EMERGENCIA?	CARRO		
		ACÉMILA		
		CAMILLA		
		OTRO		
6	¿QUÉ TIEMPO TARDA EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
7	¿QUIÉN AVISARÁ AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO U EMERGENCIA?			
8	¿QUIÉN CUIDARÁ DE SUS HIJOS, SU CASA Y ANIMALES DURANTE SU AUSENCIA?			
9	¿ACEPTARÍA IR A LA CASA DE ESPERA U OTRA CERCA AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?			
10	¿SABE CUANDO DEBE IR A LA CASA DE ESPERA?			
11	FIRMA DE LA GESTANTE			
12	FIRMA DE LA PAREJA ACOMPAÑANTE O FAMILIAR			
13	FIRMA DEL TRABAJADOR QUE REALIZA LA VISITA			



ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



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

NOMBRE	PARENTESCO	¿Donaría sangre si fuera necesario? SI / NO	DNI	FIRMA

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

NOTA: Este plan deberá aplicarse en el 1er. Control pre natal y monitorearse mensualmente en las visitas domiciliarias, para tener el Plan de Parto final en el tercer trimestre