

# PLAN DE PARTO

Es un instrumento informativo cuyo objetivo es organizar a su familia y a la comunidad para un parto seguro y el traslado oportuno durante su embarazo.

El propósito de este plan de parto es lograr que usted y su familia reconozcan los signos de alarma durante el embarazo y acudan de inmediato al Centro de Salud.



Ministerio de Salud  
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II



GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
Gerencia Regional de Desarrollo Social  
Dirección Regional de Salud Amazonas



PROGRESO PARA TODOS

RED DE SALUD CHACHAPOYAS  
MICRO RED DE SALUD POMACOCNAS  
CENTRO DE SALUD POMACOCNAS

**“ATENCIÓN DEL PARTO SEGURO  
RESPECTANDO SUS COSTUMBRES”**



- Contacto inmediato con su hijo o hija recién nacido.
- Inicio de lactancia inmediata.
- Control y cuidados permanentes por profesionales de la salud.
- Garantizar la entrega inmediata del certificado de nacimiento y acceso al Seguro Integral de Salud (SIS).

**ESPERANDO MI PARTO**

Ministerio de Salud  
Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud PARSALUD II

NOMBRE DE LA GESTANTE: \_\_\_\_\_ Dirección de Referencia: \_\_\_\_\_  
 EDAD: \_\_\_\_\_ COMARCADO: \_\_\_\_\_ FECHA PROBABLE DE PARTO: \_\_\_\_\_  
 GRUPO SANGUÍNEO: \_\_\_\_\_ RED: \_\_\_\_\_ MICRO RED: \_\_\_\_\_  
 ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ TELÉFONO DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD: \_\_\_\_\_ TELÉFONO ALTERNATIVO: \_\_\_\_\_

| FECHA                                                                                     | 1º TRIMESTRE (1-3) | 2º TRIMESTRE (4-6) | 3º TRIMESTRE (7-9) |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 1. ¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?                                                           |                    |                    |                    |
| 2. ¿DÓNDE SE ATENDERÁ SU PARTO?                                                           |                    |                    |                    |
| 3. ¿QUÉ TIPO DE PARTO?                                                                    |                    |                    |                    |
| 4. ¿EN QUÉ POSICIÓN PREFERIRÉ DAR A LUZ?                                                  |                    |                    |                    |
| 5. ¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO (EN CASO DE EMERGENCIA)?             |                    |                    |                    |
| 6. ¿QUÉ TIEMPO TARDE EN LLEGAR AL ESTABLECIMIENTO DE SALUD?                               |                    |                    |                    |
| 7. ¿QUÉ N.º ASIGNAR AL PERSONAL DE SALUD EN EL MOMENTO DEL PARTO (EN CASO DE EMERGENCIA)? |                    |                    |                    |
| 8. ¿QUÉ N.º ASIGNAR A SU CUIDADOR EN CASO DE EMERGENCIA?                                  |                    |                    |                    |
| 9. ¿CÓMO SE VA A TRANSPORTAR EN EL MOMENTO DEL PARTO (EN CASO DE EMERGENCIA)?             |                    |                    |                    |
| 10. ¿DÓNDE QUEDARÉ DESPUÉS DE LA CASA DE ESPERA?                                          |                    |                    |                    |
| 11. ¿DÓNDE QUEDARÉ DESPUÉS DE LA CASA DE ESPERA?                                          |                    |                    |                    |
| 12. ¿FIRMA DE LA GESTANTE?                                                                |                    |                    |                    |
| 13. ¿FIRMA DEL TRÁNSITO DEL PARTO?                                                        |                    |                    |                    |
| 14. ¿FIRMA DEL TRÁNSITO DEL PARTO?                                                        |                    |                    |                    |

¿QUÉ NECESITO PARA MI PARTO?

NOTA: Este plan deberá cumplirse en el 1er Control prenatal y monitorearse mensualmente en las visitas posteriores para tener el Plan de Parto listo en el tercer trimestre.

Queremos que usted y su pareja o acompañante tengan la oportunidad de expresar sus preferencias y necesidades, sobre la atención que desean recibir.

**¡PREPARE CON NOSOTROS SU PLAN DE PARTO!  
¡LE VISITAREMOS!**



**Porque queremos el bienestar de su familia,  
acuda al Centro de Salud para atender su parto.**

Material elaborado en el marco de la ejecución de la iniciativa: "Mejorando el acceso a los servicios de atención a la madre y recién nacido con adecuación cultural en los establecimientos de la jurisdicción de la Micro Red de Salud Pomacochas" - Fondo Concursable.



EN EL CENTRO DE SALUD POMACOCHAS  
ESTAMOS A FAVOR DE UN PARTO  
SEGURO RESPETANDO SUS COSTUMBRES.

Usted y su pareja, pueden escoger la forma de atención en que quieren que nazcan sus hijas e hijos, teniendo en cuenta la información que el personal de salud les brinda.



Para cambiar el mundo  
es preciso cambiar  
la forma de nacer  
(Michel Odent).

DURANTE LA ATENCIÓN DE SU  
PARTO TIENE DERECHO A:

- Ser llamada por su nombre y siempre con respeto.
- Saber el nombre del profesional que la atiende.
- Estar acompañada por el familiar que usted elija.
- Elegir la posición más cómoda para su parto.
- Recibir toda la información respecto a la atención que le brindan.
- Recibir respuesta a las dudas y preguntas que usted realice.



LE OFRECEMOS:

- **ATENCIÓN** inmediata por profesionales.
- **RESPETO** a sus decisiones.



- **POSIBILIDAD** de acompañamiento del familiar que usted elija.