

PLAN POSPARTO



OKLAHOMA
State Department
of Health

Este plan ayuda a las familias a pensar en los próximos cambios para que puedan sentirse seguros y preparados para la maternidad.

➤ **Plan Posparto para:** _____

¡He decidido que _____
será la persona de contacto para ayudar a los amigos y familiares
de la mejor manera para apoyar nuestras necesidades en las
semanas posteriores a la llegada del bebé!

Por favor comuníquese con él/ella con esta información:

➤ **Visitantes:**

¿Son bienvenidos los visitantes en el hospital?

Si es así, estas son las personas que nos gustaría tener en nuestro
lista de visitantes:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Deseamos ___/no deseamos ___(n/a ___) que nuestros otros hijos
visiten el hospital.

Queremos que los visitantes nos den la bienvenida a casa:

Sí No

Nos encantaría tener un visitante constante diario/semanal/noc-
turno de parte de:

1. _____
2. _____
3. _____

Estos días _____

Horario: _____

Pedimos que estas personas no vengan a visitarnos.

1. _____
2. _____

¿Los visitantes pueden sostener al bebé;
Sí, después de lavarse bien las manos.
No

Estas son cosas que nos gustaría que los visitantes
no trajeran dentro de nuestra casa:

1. Tabaco o ropa expuesta al tabaco
(cigarrillos, vaporizadores, etc.)
2. _____
3. _____

Estas son otras reglas de la casa que nos
gustaría que siguieran los visitantes:

1. _____
2. _____



➤ **Nutrición/Comidas:**

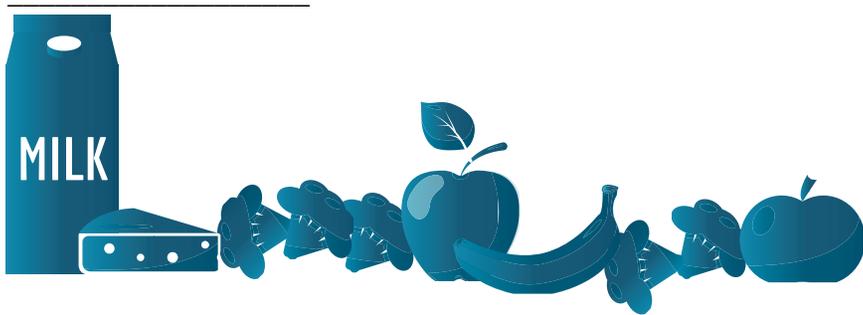
Esto sigue siendo muy importante- incluso más ahora que desea limitar el tiempo de su familia en el supermercado. Puede pedirles a amigos serviciales que le den tarjetas de regalo/cupones para restaurantes locales que brinden servicios de entrega seguros.

Frecuencia de comidas/refrigerios: _____

Mejor momento para dejar: _____

Preferencias de comida: _____

Algunos de nuestros platillos favoritos incluyen:



➤ **Alergias:**

Nuestras opciones de entrega locales favoritos:

Ubicación de los bancos de alimentos, despensas y oficinas de WIC locales: _____

¿Sería útil que la gente usara productos desechables?

Platos/recipientes:

Sí No

➤ **Alrededor de la casa:**

Las tareas del hogar que me hacen sentir mejor incluyen:

Los mandados que ayudarían a nuestra familia:

Artículos para el hogar que podríamos usar:

Estamos de acuerdo con que la gente nos ayude con las tareas del hogar:

Sí No

Necesidades/ atención para la familia y los hermanos mayores:

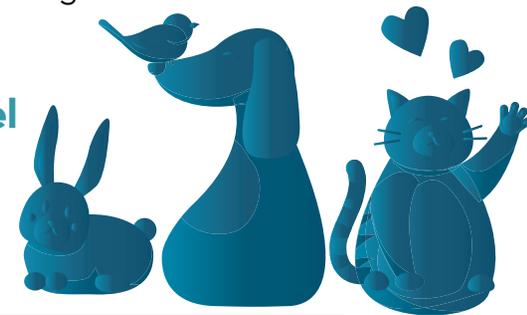
¿Quién cuidará a los niños (u otro miembro de la familia) durante la estadía en el hospital?

¿Quién puede ayudar en los primeros días en casa

La farmacia por si hay necesidad de recoger algo:

Persona a recoger de la escuela/guardería:

➤ **Instrucciones para el cuidado de mascotas:**



➤ Cuidado Personal:

Sentirme más como yo misma podría incluir:

Me siento atendido cuando alguien me ayuda con:

Observar/sostener al bebé durante los siguientes momentos:

Por favor llámeme/envíeme un mensaje de texto para saber cómo estoy: diario/semanal/mensual

Actividades para ayudar a reducir algo de estrés:

Productos o tiendas que me encantan: _____

Un libro/película/revista que me encantaría tener en casa:

Si mi bebe está llorando mucho yo puedo

1. Baje al bebé por 5 minutos para que se calme

2. _____

3. _____

Si me siento abrumado/a, puedo comunicarme con

➤ Horario familiar y nocturno:

Mi pareja/apoyo para ayudar durante el día es:

¿Mi pareja/apoyo para ayudar en la noche es?

¿Cómo vamos a compartir el cuidado del bebé/otros niños por las tardes y durante la noche? _____

El regreso al trabajo/escuela para la mamá ocurrirá el:

El regreso al trabajo/escuela de la pareja se llevará a cabo el:

➤ Citas:

Chequeos posparto: _____

Primera cita con el pediatra: fecha/hora/lugar: _____

¿Vendrá el bebé conmigo a mi cita? Sí/No

¿Cuidará alguien al bebé? Sí/No ¿Quién? _____

¿Me acompañara alguien? Sí/No ¿Quién? _____

➤ Lista de preguntas/notas para mi proveedor:

1. _____

2. _____

3. _____

➤ Información de contacto importante:

Proveedor(es) de salud para la madre: _____

Padres/Abuelos/Familia: _____

Empleador/ Recursos Humanos (HR, por sus siglas en inglés):

Cuidado de niños: _____

Mejor amigo/a/partidario/a: _____



OKLAHOMA
State Department of Health

Contáctenos

(405) 426-8113

MCH@health.ok.gov

Para más información

Llame a la línea directa de salud mental materna al 1-833-943-5746 de forma gratuita las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir apoyo antes, durante y después del embarazo con síntomas de depresión, ansiedad y otros problemas de salud mental materna.

oklahoma.gov/health/maternalmentalhealth

NO ESTÁ SOLO