

# POSPARTO PLAN

**Este plan ayuda a las familias a pensar los cambios que se aproximan para que puedan sentirse seguros y preparados para ser padres.**



**OKLAHOMA**  
State Department  
of Health

**Preparing  
for a  
Lifetime**  
It's Everyone's Responsibility

# Plan posparto para:

---

(Su nombre aquí)

**He decidido que \_\_\_\_\_  
será la persona responsable de ayudar a orientar  
a amigos y familiares sobre las mejores formas de  
cubrir nuestras necesidades en las semanas después  
del nacimiento del bebé.**

Relación:

---

Número de teléfono:

**¿Mensajes de texto? S / N**

---

Correo electrónico:

---

## Información de contacto importante:

Proveedores médicos de la madre, incluya el número de teléfono:

---

Hospital donde será el parto (teléfono):

---

Padre/Madre/Abuelos/Familiares (teléfono):

---

Empleador/RR. HH. (teléfono):

---

Farmacia (número de teléfono):

---

Información del seguro:

---

Mejor amigo/Persona de apoyo (teléfono):

---

Vecinos (teléfono):

---

Veterinario (teléfono):

---

## Visitas:

¿Pueden visitarlos amigos y familiares después del parto? **S / N**

Si la respuesta es sí, estas son las personas que quisiéramos que nos visitaran:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Queremos que nuestros otros hijos visiten el hospital: **S / N**

Queremos que las visitas nos den la bienvenida en casa: **S / N**

Nos encantaría tener el apoyo constante de visitas diarias/semanales/nocturnas de:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

Los siguientes días:

**LU. MA. MI. JU. VI. SÁ. DO.**

En estos horarios:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Les pediríamos a estas personas que **no** vengan a visitarnos:

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_

Las visitas pueden cargar al bebé:

**S** ( si tienen la vacuna Tdap y las manos lavadas ) **N**

Estas son cosas que quisiéramos que las visitas no traigan a nuestra casa:

1. Tabaco o ropa que haya estado expuesta al tabaco (cigarrillos, vapeadores, etc.) \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

Estas son otras reglas de la casa que quisiéramos que todas las visitas cumplan:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

# Nutrición/Comidas:

Esto sigue siendo muy importante - más aún ahora que va a querer reducir las veces que su familia va a tiendas de comestibles. Podría pedirles a amigos serviciales que le den tarjetas de regalo/cupones para restaurantes locales que presten servicios de entrega seguros.

Frecuencia de las comidas/refrigerios:

Mejor horario de entrega:

Preferencias de comidas:

¿Alergias? Si tiene alguna, escríbala abajo: **S / N**

Algunos de nuestros platos favoritos incluyen:

Nuestras opciones de entrega local favoritas:

¿Sería conveniente si se usaran platos/recipientes desechables? **S / N**

## **Por la casa:**

Nos parece bien que las personas nos ayuden con las tareas en casa:

**S / N** (Omita esta sección)

Las tareas en casa que me hacen sentir mejor incluyen:

Los mandados que ayudarían a nuestra familia:

Suministros de la casa que podríamos usar:

## **Necesidades/Cuidado de familiares y hermanos mayores:**

¿Quién cuidará a los niños (u otros familiares) durante el parto?

Nombre:

Relación:

N.º de teléfono:

Correo electrónico:

¿Quién puede ayudar con el traslado de los hermanos desde/hasta la escuela o guardería?

Nombre:

Centro/Escuela:

N.º de teléfono:

Centro/Escuela (teléfono):

N.º de traslado en autobús:

La parada de autobús es en:

O

Persona que lo dejará en el centro/escuela:

Persona que lo recogerá:

# Cuidados personales:

Sentirme más como yo misma podría incluir:

---

Me siento cuidada cuando alguien me ayuda con:

---

Observar/Cargar al bebé durante los siguientes momentos:

---

Llámeme/Envíeme un mensaje de texto  
para saber cómo estoy:

**Diariamente /  
Semanalmente /  
Mensualmente**

Actividades para ayudar a reducir un poco el estrés:

---

Productos o tiendas que me encantan:

---

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

---

Si mi bebé llora mucho, puedo:

1. Está bien poner a su bebé en un lugar seguro y tomar un receso.

---

2.

---

3.

---

4.

---

Si a mis familiares o amigos les preocupa mi salud  
posparto, pueden revisar las señales de advertencia de  
salud materna escaneando este código QR para obtener  
más información.



Si me siento abrumada puedo comunicarme con -  
**1-833-TLC-MAMA (1-833-852-6262)**

# ¿Cuál es el recordatorio diario o afirmación que me ayuda a sentirme bien conmigo misma?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Horario familiar y nocturno:

Mi pareja/persona de apoyo que me ayuda durante el día es (teléfono):

---

Mi pareja/persona de apoyo que me ayuda a la noche es (teléfono):

---

¿Cómo compartiremos el cuidado del bebé/otros hijos por las tardes y las noches?

---

---

---

---

---

La **madre** regresará al trabajo/escuela el:

---

La **pareja** regresará al trabajo/escuela el:

---

## Citas:

La primera cita del bebé con el pediatra es el:

(fecha / hora / lugar)

---

¿Cubre el seguro esta cita con el pediatra?

**S / N**

---

La cita posparto para los chequeos de la madre es el:

---

¿Cubre el seguro mi control posparto?

**S / N**

---

¿Vendrá el bebé conmigo a la cita?

**S / N**

¿Cuidará alguien al bebé?

**S / N**

Quién:

---

¿Me acompañará alguien?

**S / N**

Quién:

---





[illegible]

## This image shows a full page of blank, lined paper. It features approximately 20 evenly spaced horizontal blue lines across its entire width, providing a guide for handwriting or typing. The background is a clean, solid white color.

[illegible]

Día para sacar la basura:

Días de riego:

Servicio para el parque:

Limpieza de la casa:



OKLAHOMA  
State Department  
of Health

# Comuníquese con nosotros:

(405) 426-8113

MCH@health.ok.gov

## Para obtener más información:

Llame a la línea directa de Salud Mental Materna al 1-833-TLC-MAMA

(1-833-852-6262) gratis 24/7 para recibir apoyo antes, durante y después del embarazo para los síntomas de depresión, ansiedad y otras preocupaciones de salud mental materna.

[oklahoma.gov/health/maternalmentalhealth](http://oklahoma.gov/health/maternalmentalhealth)

## Recursos



Marque 2-1-1

La financiación fue posible gracias a la subvención en bloque para la salud materna e infantil federal del título V, provista mediante los Servicios de Salud Materna e Infantil del Departamento de Salud del Estado de Oklahoma (Oklahoma State Department of Health, OSDH), un empleador y proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. OMES Central Printing imprimió XXX copias a un costo de \$XXX. Se ingresó un archivo digital en el Centro de Información de Publicaciones del Departamento de Bibliotecas (Department of Libraries) de Oklahoma de acuerdo con la sección 3-114 del Título 65 de los Estatutos de Oklahoma y está disponible para descargar en [documents.ok.gov](http://documents.ok.gov). | Emitido en mayo de 2025