

Lista de control postparto

Su equipo de atención médica se empeña en brindarle el mejor cuidado.

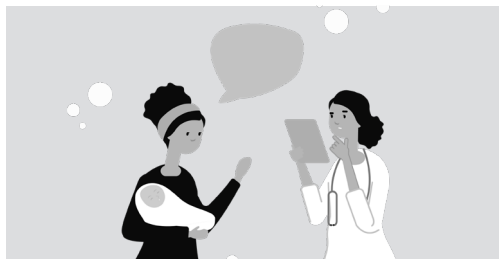
Esta lista de control es una herramienta para conectarnos con usted para brindarle la mejor asistencia posible.

Nombre de la paciente [la madre que dio a luz]: _____

Fecha de nacimiento: _____ Fecha del parto: _____

¿De qué desea hablar hoy?

¿Qué cosas siente que le están yendo bien?



Repase la lista de control a continuación e indique los aspectos sobre los que tiene inquietudes, preguntas, y/o desea recibir información. NO hace falta que esté teniendo un problema para informarse de los recursos disponibles.

	Tengo una inquietud o pregunta	Deseo más información o un referente
Recuperación física		
Sangrado, incluyendo su volumen, color y olor	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Calambres	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Suelo de la pelvis, como el sentir presión o dolor	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Incontinencia (gotear orina o caca)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Hemorroides (dolor, escozor o hinchazón después de hacer caca)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Recuperación de parto por cesárea	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Recuperación de parto natural	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Señales de infección	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Ejercicio / actividades	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

♥ [NewMomHealth.com/healing-and-recovery](https://www.newmomhealth.com/healing-and-recovery)

Cuidado personal		
Salud de los senos / el pecho	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sueño y fatiga	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Salud mental / estrategias para sobrellevar el estrés	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sexo / deseo sexual	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Emociones de la pareja o compañero/a	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Nutrición	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

	Tengo una inquietud o pregunta	Deseo más información o un referente
Peso / apariencia corporal	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Medicamentos y otras sustancias	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Agregar: Apoyo de familiares / amigos	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

 [NewMomHealth.com/self-care-for-new-moms](https://www.NewMomHealth.com/self-care-for-new-moms)

Alimentación y cuidado del bebé

Amamantamiento / expresión	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Alimentación con leche maternizada	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Cambio de pañales, incluyendo el acceso a suficientes pañales	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Agregar: Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

 [NewMomHealth.com/babyfeeding](https://www.NewMomHealth.com/babyfeeding)

Planificación familiar

Si acaso querrá volver a quedar embarazada, y cuándo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
--	--------------------------------	--------------------------------

 [NewMomHealth.com/familyplanningcontraception](https://www.NewMomHealth.com/familyplanningcontraception)

El mantenerse sana

Fumar o exponerse al humo	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Alcohol	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Seguridad: relaciones, el hogar, o el barrio	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Tener suficiente para comer	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sentirse conectada con otros	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Cuidar de otros familiares	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Protecciones contra el COVID-19	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

 [NewMomHealth.com/stayingwell](https://www.NewMomHealth.com/stayingwell)

Otro (indicar)

--	--	--

Su equipo de asistencia médica le es un recurso disponible sin interrupción.

Cuando sus necesidades vayan cambiando, déjenoslo saber. Juntos, podremos evaluar su salud y considerar cuáles medidas ayudarán a mantenerla sana, a salvo y feliz. Usted es importante.



PROYECTO
4to Trimestre™



Para más información, visite
NewMomHealth.com
y **SaludMama.com**