

¿Como presentar los papeles para que respeten tus derechos?

- Completar el Modelo Indicado con los Datos Personales y Firma de la Embarazada.
- Adjuntar a este Modelo los Documentos: (en el orden indicado, del 1 al 8)
- Hacer una Copia de este Modelo con todos sus Documentos.
- Presentar y entregar este Modelo con todos sus Documentos conjuntamente con su Copia ante el Sistema de Salud Público Indicado, o ante el Hospital Privado Indicado, o ante la Clínica Privada Indicada, según cual sea la Entidad que haya elegido la Embarazada para dar a luz.
- Hacerse sellar la Copia de este Modelo por la Entidad ante la que se presenta. En ese sello debe figurar la fecha de presentación. **La Embarazada debe conservar siempre esta Copia así sellada.**
- Hacer una Copia de esta Copia así sellada y entregarla al Personal Sanitario que va a Asistir el Parto.
- En el caso de que la Embarazada haya elegido un Sistema de Salud Público, la Presentación y Entrega mencionadas en el Punto 5 debe hacerse, según la ley vigente, con una antelación mínima de TRES MESES a la fecha del Parto; y debe hacerse en el Registro de Entrada de dicho Sistema de Salud Público.

Esta entrega en el Registro de Entrada puede hacerse bien llevando personalmente al mismo este Modelo y su Copia, o bien llevándolos junto con un sobre abierto dirigido al mismo a una Oficina de Correos, donde un funcionario sellará y entregará la Copia al portador, y este cerrará el sobre con el Modelo dentro y lo enviará por correo certificado.

Las Direcciones de esos Registros de Entrada pueden conseguirse de los Sistemas de Salud Públicos.

- En el caso de que la Embarazada haya elegido un Hospital Privado o una Clínica Privada, no existen plazos legislados, pero conviene hacer esa Presentación y Entrega ante su Dirección con la suficiente antelación. TRES MESES podrían ser también aquí la antelación mínima aconsejable.
- Hacer cumplir las Condiciones de la Instancia o del Escrito durante la estancia de la Embarazada en la Entidad `por ella elegida. Es un derecho suyo garantizado por la ley.
- Se agradecerá el envío a Xestar y la Plataforma pro Derechos del Nacimiento, preferentemente vía e-mail, de los Datos Personales de la Embarazada, Fecha de Presentación y Entidad a la que se presenta la Instancia o el Escrito; mediante el Impreso de Comunicación adjunto.

DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA Y DEL RECIÉN NACIDO

Ley del Consejo del Lacio (ITALIA) del 14 de Marzo de 1984:

1ª .La mujer durante el embarazo tiene derecho a:

- Ser informada sobre su parto.
- Recibir la asistencia necesaria.
- Asistir a cursos de preparación al parto.

2ª. La mujer que esta ingresada para dar a luz en un Centro Hospitalario Público tiene derecho a:

- Ser respetada.
- No ser considerada como una enferma.
- Ver facilitada su propia participación activa en el parto erigiéndose como protagonista de su propio parto.
 - Estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo del parto, el parto y el período inmediatamente sucesivo.
 - Tener a su lado a su bebé y al padre del niño, durante toda su estancia en el Hospital.
 - Escoger la duración del parto.
 - Escoger la manera de llevar a cabo el parto.
 - Darle el pecho al bebé antes de su primera hora de vida, sin horario ni restricciones.

3ª .Basándose en estos derechos, la mujer puede negarse a:

- Cualquier intervención tendente a acelerar el parto (por ejemplo: goteo de oxitocina, ruptura de membranas...) o a retardar el parto.
 - Analgesia no precisa.
 - Una determinada posición impuesta en el período de dilatación o en el período expulsivo (por ejemplo: decúbito supino, silla o mesa obstétrica...).
 - Intervenciones no necesarias (por ejemplo: rasurado de pubis, administración de enema, episiotomía...).
 - El corte del cordón umbilical antes de que deje de latir completamente.
 - Las manipulaciones tradicionales que se efectúan a los bebés tendentes a acelerar el inicio de la respiración mediante la aspiración de las mucosidades y otras.
 - La separación de su bebé, en cualquier momento.

4ª. Dentro de los límites de la disponibilidad de personal sanitario y social público, la mujer tiene derecho a:

- Contar, durante el parto, con la asistencia en el Centro Hospitalario Público que le corresponda.
- Contar, durante el puerperio, con la asistencia domiciliaria adecuada.

5ª .El Sistema Sanitario Público debe garantizar y satisfacer el derecho del niño a:

- Nacer en un ambiente adecuado que le proteja de todo tipo de alteraciones visuales, auditivas y técnicas.
- Permanecer al lado de su madre durante toda su estancia en el Hospital.
- Estar acompañado por su padre sin horarios ni restricciones.

RECOMENDACIONES DE LA (OMS) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD SOBRE LOS DERECHOS DE LA MUJER EMBARAZADA Y DEL BEBÉ:

- 1ª. Los Ministerios de Sanidad deberían establecer directrices muy claras y específicas sobre la introducción de la tecnología en los servicios de salud, y en el mercado comercial en general.
- 2ª. Los países deberían tener los medios necesarios para realizar encuestas colectivas con objeto de evaluar la aplicación de la tecnología en Obstetricia.

- 3ª. Toda la población debería estar informada sobre las diversas formas de asistir al parto, para que cada mujer pudiera elegir la que mas le convenga en el momento oportuno.
- 4ª. Los grupos de apoyo femeninos serían útiles para la prestación social y para la difusión de conocimientos; especialmente en relación con el embarazo y el parto.
- 5ª. El sistema tradicional de asistencia perinatal (por ejemplo, la existencia de comadronas, parteras, o matronas tradicionales) debería coexistir con el sistema oficial. La colaboración entre ambos sistemas debería ser estrecha y permanente para garantizar una asistencia óptima a la mujer embarazada. Tal colaboración podría ser muy fructífera, si se estableciera sin pretender que un sistema prevaleciera sobre el otro.
- 6ª. La formación en materia de asistencia al parto debería dirigirse a dar a conocer mejor los aspectos sociales, culturales, antropológicos, éticos y médicos de la reproducción humana.
- 7ª. Sería necesario estimular y favorecer la formación de comadronas, parteras, o matronas tradicionales; las cuales serían las responsables de la asistencia a dispensar en los casos de embarazo, parto y postparto normales.
- 8ª. En el desarrollo de la tecnología deberían tenerse en cuenta aspectos multidisciplinarios a recabar entre: las personas del entorno de la embarazada, las personas que prestan asistencia a la embarazada, los epidemiólogos, los especialistas en ciencias sociales y las autoridades sanitarias. Las mujeres deberían participar en la planificación de la aplicación de la tecnología, en la evaluación de los resultados de esta aplicación y en la difusión de los mismos. Estos resultados deberían comunicarse a todos aquellos que les concernieran, incluidos los diversos colectivos que hubieran participado en su elaboración.
- 9ª. Sería necesario informar a los usuarios reales y potenciales de los hospitales sobre los procedimientos obstétricos en vigor en esos mismos hospitales (tasa de cesáreas, tasa de episiotomías, etc.).
- 10ª. El bienestar psicológico de la madre debería estar asegurado no solamente por la presencia de una persona de su elección durante el parto, sino también por la posibilidad de recibir libremente visitas durante el período del postparto.
- 11ª. El recién nacido debería estar siempre con su madre cuando el estado de salud de ambos lo permitiera. Ningún examen ni maniobra clínica justificaría que se separara de su madre, a un recién nacido sin problemas de salud.
- 12ª. La lactancia materna debería estimularse tempranamente e iniciarse, en cualquier caso, antes de que la madre abandonase la sala de partos.
- 13ª. Los países que tienen las tasas de mortalidad perinatal mas bajas del mundo son los mismos que tienen las tasas de cesáreas inferiores al 10 por 100. Por lo tanto, no hay ninguna razón que justifique la existencia de tasas de cesáreas superiores a este número, en ningún país del mundo.
- 14ª. No existe ningún dato objetivo que demuestre la necesidad de una cesárea en las mujeres que anteriormente ya hubieran sufrido una cesárea segmentaria transversal. Debería favorecerse el parto por vías naturales en estos casos, siempre que se dispusiera de una infraestructura quirúrgica para las situaciones de urgencia.
- 15ª. No se ha demostrado que la monitorización fetal rutinaria durante el parto tenga un efecto positivo sobre el bebé o sobre la madre. No se debería hacer uso del monitor nada mas que en los casos con indicación médica real y precisa, o bien cuando hubiera un riesgo de mortalidad perinatal, o bien cuando el parto hubiera sido provocado o inducido artificialmente. Los países que dispusieran de esta tecnología y del personal cualificado para utilizarla, deberían esforzarse en estudiar con detalle cuáles son los grupos de mujeres embarazadas susceptibles de beneficiarse verdaderamente de la monitorización fetal. En ausencia de estos estudios, los servicios nacionales de salud no deberían comprar nuevos equipos de monitorización.
- 16ª. El rasurado del pubis o la administración de un enema (lavativa) antes del parto no son necesarios.
- 17ª. Las mujeres no deberían estar acostadas sobre la espalda (en la posición obstétrica hospitalaria usual) durante el trabajo del parto. Se debería estimular a las mujeres a caminar durante el período de dilatación y a elegir la postura que deseen adoptar en el momento del parto.

18ª. La episiotomía (corte en el periné) sistemática no es necesaria. Deberían estudiarse otros métodos de protección del periné y adoptarlos si se demostrara su eficacia.

19ª. Ningún parto debería provocarse ni inducirse por comodidad o rutina; solamente si lo requirieran indicaciones médicas precisas y justificadas. Ningún país debería tener tasas de provocación ni de inducción artificial del parto superiores al 10 por 100.

20ª. Durante el desarrollo del parto debería evitarse la administración sistemática de analgésicos o anestésicos, a menos que estuviesen expresamente indicados para tratar o prevenir una complicación realmente existente.

21ª. La ruptura artificial de membranas no está indicada antes de un estadio muy avanzado del trabajo del parto. Ningún dato científico justifica la ruptura sistemática de membranas por medios artificiales en un estadio no muy avanzado del parto.

Estas recomendaciones han sido aprobadas y publicadas por la Organización Mundial de la Salud en la Conferencia Internacional de Fortaleza (Brasil) del 22 al 26 de Abril de 1985.

Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad.

Artículo 10. Todos tienen los siguientes derechos con respeto a las distintas administraciones públicas sanitarias:

1. Al respeto a su personalidad, dignidad humana e intimidad, sin que pueda ser discriminado por razones de raza, de tipo social, de sexo, moral, económico, ideológico, político o sindical.
2. A la información sobre los servicios sanitarios a que puede acceder, y sobre los requisitos necesarios para su uso.
3. A la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones públicas y privadas que colaboren con el sistema público.
4. A ser advertido de si los procedimientos de pronóstico, diagnóstico y terapéuticos que se le apliquen, pueden ser utilizados en función de un proyecto docente o de investigación, que en ningún caso, podrán comportar peligro adicional para su salud. En todo caso será imprescindible la previa autorización y por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico y de la Dirección del correspondiente Centro Sanitario.
5. A que se le dé en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento.
6. A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención, excepto en los siguientes casos:
 - a) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
 - b) Cuando no este capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas.
 - c) Cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento.
7. A que se asigne un médico, cuyo nombre se le dará a conocer, que será su interlocutor principal con el equipo asistencial. En caso de ausencia, otro facultativo del equipo asumirá tal responsabilidad.
8. A que se le extienda certificado acreditativo de su estado de salud, cuando su exigencia se establezca por una disposición legal o reglamentaria.
9. A negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el apartado 6, debiendo para ello solicitar el alta voluntaria, en los términos que señala el apartado 4 del artículo siguiente.

10. A participar, a través de las instituciones comunitarias, en las actividades sanitarias, en los términos establecidos en esta Ley y en las disposiciones que la desarrollen.
11. A que quede constancia por escrito de todo su proceso. Al finalizar la estancia del usuario en una Institución hospitalaria, el paciente, familiar o persona a él allegada recibirá su Informe de Alta.
12. A utilizar las vías de reclamación y de propuesta de sugerencias en los plazos previstos. En uno u otro caso deberá recibir respuesta por escrito en los plazos que reglamentariamente se establezcan.
13. A elegir el médico y los demás sanitarios titulados de acuerdo con las condiciones contempladas por esta Ley, en las disposiciones que se dicten para su desarrollo y en las que regule el trabajo sanitario en los Centros de Salud.
14. A obtener los medicamentos y productos sanitarios que se consideren necesarios para promover, conservar o restablecer su salud, en los términos que reglamentariamente se establezcan por la Administración del Estado.
15. Respetando el peculiar régimen económico de cada servicio sanitario, los derechos contemplados en los apartados 1, 3, 4, 5, 6, 7, 9 y 11 de este artículo serán ejercidos también con respeto a los servicios sanitarios privados.

Artículo 11. Serán obligaciones de los ciudadanos con las instituciones y organismos del sistema sanitario:

1. Cumplir las prescripciones generales de naturaleza sanitaria, comunes a toda la población, así como las específicas determinadas por los Servicios Sanitarios.
2. Cuidar las instalaciones y colaborar en el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
3. Responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimiento de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones terapéuticas y sociales.
4. Firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación del tratamiento. De negarse a ello, la dirección del correspondiente centro sanitario, a propuesta del facultativo encargado del caso, podrá dar el Alta.

RECOMENDACIONES A APLICAR EN EL EMBARAZO Y EN EL PARTO

Emitidas por el Ministerio de Sanidad de ESPAÑA en Madrid, el 6 de Julio de 1989

*Ministerio de Sanidad y Consumo
Instituto Nacional de la Salud*

RECOMENDACIONES RECOMENDACION ES RECOMENDACIONES RECOMENDACIONES NES

ASUNTO: Atención Familiar al Parto

ÁMBITO: Direcciones Provinciales del INSALUD y Gerencias de Hospitales Propios y Administrados.

NORMAS

1ª. El INSALUD fomentará la psicoprofilaxis obstétrica como medio de disminuir el miedo y la ansiedad de la mujer ante su alumbramiento.

2ª. Se garantizará el acceso de las embarazadas junto con su pareja, si lo desean, a cursos de preparación psicofísica al parto.

3ª. La mujer embarazada recibirá una completa información sobre el embarazo y parto, **respetándose la posibilidad de seleccionar** junto con el personal sanitario las medidas que han de adoptarse en el mismo: **posición, forma de dar a luz, analgesia...**

4ª. Respetar el **derecho de la embarazada a tener a su pareja o a quien ella decida a su lado** durante el proceso de dilatación y parto, salvo que éste sea instrumental.

5ª. Las reformas arquitectónicas de las Maternidades, se reestructurarán de forma que garanticen el **derecho a la intimidad familiar, mediante habitaciones de dilatación separadas, y posibilidades de deambulación de la parturienta.**

6ª. Utilización de métodos de monitorización fetal a distancia que permitan conjugar la intimidad del parto, con el control médico necesario. Empleándose preferentemente sistemas de monitorización telemétrica.

7ª. **Fomento del contacto precoz padre/madre/hijo ininterrumpido desde el momento del alumbramiento**, salvo causas clínicas que lo justifiquen.

8ª. **Derecho de la madre a seleccionar el tipo de lactancia** una vez recibida adecuada información sobre el particular.

9ª. Tendencia a **ampliar y flexibilizar el horario de régimen de visitas**, procurando la mayor independencia de las madres, dentro del hospital en la medida de lo posible, llegándose a la habitación individual en aquellas Maternidades cuya baja ocupación lo permita facilitándose, salvo causas médicas que lo justifiquen que la madre se encuentre acompañada en todo momento, si así lo desea.

10ª. Mejora de las condiciones hoteleras y de confortabilidad de paritorios y dormitorios, cuidando aspectos tales como: camisones, ropa de cama... y, especialmente la alimentación procurando dietas adecuadas teniendo en cuenta las necesidades energéticas de la mujer derivadas del parto y lactancia.

11ª. Iniciación de la recuperación física postparto en las plantas de puérperas, impulsando durante la permanencia de la madre en el Hospital, la educación sanitaria en cuestiones relacionadas con el puerperio, lactancia, vacunaciones, higiene, prevención del cáncer ginecológico, control de fertilidad, etc.

12ª. Propiciar el alta precoz de la embarazada que no debe permanecer en el Hospital mas tiempo del estrictamente necesario, procurándose en su caso, la asistencia domiciliar de matronas de área. El informe de Alta, deberá ser remitido al Centro de Atención Primaria correspondiente para el seguimiento del puerperio y posible asignación a los programas Materno-Infantiles que se estén desarrollando.

Madrid, 6 de Julio de 1989.

Clínica x

Estimados(as) Sres.(as)

Ref.: PLAN DE PARTO PERSONAL

Soy cliente de ASISA y me corresponde utilizar los servicios de su clínica para dar a luz, siendo la fecha prevista de parto en torno al x de diciembre de 200x. He llegado al término de mi embarazo en buen estado de salud y sin que se haya detectado durante el curso de la gestación ninguna anomalía.

Haciendo ejercicio de los derechos que la ley me otorga y con el fin de agilizar la comunicación con los profesionales que me atiendan en mi próximo parto y facilitar su trabajo, he redactado el siguiente consentimiento informado especificando las intervenciones que autorizo se realicen el cual está basado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), toda mujer tiene el derecho fundamental a tener un papel central en todos los aspectos de la atención perinatal, incluso participar en la planificación, realización y evaluación de la atención. Los factores sociales, emocionales y psicológicos son decisivos en la comprensión e instrumentación de la atención prenatal apropiada;

La OMS hace las siguientes recomendaciones respecto al parto:

1. No existen pruebas de que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo.
2. No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas preparto.
3. Las embarazadas no deben ser colocadas en posición de litotomía (acostada boca arriba) durante el trabajo de parto ni el parto. Se las debe animar a caminar durante el trabajo de parto y cada mujer debe decidir libremente la posición que quiere asumir durante el parto.
4. No se justifica el uso rutinario de la episiotomía.
5. No deben inducirse los partos por conveniencia. La inducción del parto debe limitarse a determinadas indicaciones médicas. Ninguna región geográfica debe tener un índice de trabajos de parto inducidos mayor al 10%.
6. Debe evitarse durante el parto la administración por rutina de fármacos analgésicos o anestésicos que no se requieran específicamente para corregir o evitar una complicación en el parto.
7. No se justifica científicamente la ruptura artificial de membranas por rutina.
8. El neonato sano debe permanecer con la madre cuando así lo permita el estado de ambos. Ningún procedimiento de observación del recién nacido justifica la separación de la madre.
9. Debe fomentarse el inicio inmediato del amamantamiento, inclusive antes de que la madre salga de la sala de partos.

Deseo que se respeten las anteriores recomendaciones durante mi parto, sin que se me obligue o presione para someterme a prácticas rutinarias contrarias a las anteriores recomendaciones y se me consulte en cualquier caso antes de tomar decisiones que afecten a mi salud y a la del futuro hijo. En caso de ser necesaria alguna intervención contraria dichas recomendaciones de la OMS ruego se me informe debidamente con el fin de poder tomar una decisión informada al respecto.

En concreto, le ruego que tome nota de que:

- No otorgo mi consentimiento para ningún tipo de inducción ni estimulación del parto sin mi aprobación previa: gel de prostaglandinas, cytotec, oxitocina sintética (syntocinon*, etc.)
- Es necesario mi consentimiento escrito para que se me administre cualquier droga intravenosa.
- No autorizo que se me realice ruptura artificial de membranas sin mi consentimiento previo.
- Doy mi consentimiento para monitorización fetal intermitente (monitorización por ventanas), no continua; pues deseo poder moverme y cambiar mi posición durante todas las etapas del parto
- Deseo dar a luz en la posición elegida por mí en ese momento, y no estoy de acuerdo con la posición de litotomía de forma rutinaria.
- Mientras el bebé esté bien, no tengo inconveniente alguno en alcanzar las 42 semanas de gestación sin programar una cesárea.
- Debe pedirse mi permiso antes de hacerme cualquier tacto vaginal.
- Deseo evitar una episiotomía, por lo tanto agradeceré apoyo o compresas calientes en el perineo, lubricantes. Por favor, solicite mi permiso previamente si una episiotomía parece necesaria.
- Quiero que se respete el tiempo que necesite para el expulsivo siempre que el monitor (continuo o intermitente) lo permita.
- Asimismo solicito expresamente la presencia de mi pareja en todo momento, incluido el caso de un parto instrumental (forceps, espátulas...) o cesárea.

En caso de que sea necesario practicar una **cesárea**:

- Prefiero anestesia epidural ó raquídea y deseo que mi acompañante esté conmigo todo el tiempo, incluyendo durante la preparación y la aplicación de anestesia.
- En caso de ser necesaria anestesia general, deseo que mi acompañante esté en la sala de operaciones durante todo el procedimiento.
- No deseo que aten mis brazos.

Respecto al **bebé**:

- No otorgo mi consentimiento para el clampaje ni el corte del cordón umbilical en tanto éste no haya dejado de latir (aproximadamente 5 minutos) si no es absolutamente urgente una reanimación.
- Le daré el pecho a mi bebé y quiero empezar durante su primera hora de vida por lo que deseo que, si no hay ninguna emergencia médica, lo coloquen tras el parto sobre mi pecho, piel con piel. En caso de cesárea, desearía contar con el bebé en la sala de Reanimación lo antes posible para ser ayudada a iniciar la primera toma. Por favor, no limpien a mi bebé antes de dármele.
- Las revisiones y la pesada pueden posponerse siempre que el bebé esté respirando independientemente. Por favor, realice la pesada, limpieza, identificación y demás procedimientos necesarios (incluyendo resucitación) a plena vista mía y de mi pareja.
- Si el bebé necesita ir a una incubadora, por favor, permitan que mi marido acompañe al bebé y que él realice todos los cuidados ordinarios posibles al recién nacido.

- No autorizo que se alimente a mi bebé artificialmente ni se le administren ningún tipo de sueros sin mi consentimiento expreso ni a que se le proporcione cualquier tipo de tetina o chupete.
- No autorizo la administración de biberones de leche artificial a menos que un Pediatra me lo consulte previamente y de forma justificada.

Estas peticiones están respaldadas, entre otras disposiciones y textos legales, por las siguientes:

- a) Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad
- b) Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
- c) Recomendaciones del Ministerio de Sanidad emitidas el 6 de Julio de 1989
- d) Declaración Universal de Derechos Humanos, del año 1948
- e) Declaración sobre la Promoción de los Derechos de los Pacientes en Europa, de 1994, de la Organización Mundial de la Salud
- f) Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano respecto de las aplicaciones de la biología y la medicina, del Consejo de Europa, el cual ha entrado en vigor en el reino de España el 1 de enero de 2000
- g) La Ley 6/1995, de 28 de Marzo, de Madrid, de Garantías de los Derechos de la Infancia y Adolescencia.

Le quedaría muy agradecida si incorporase una copia de esta carta a mi historial ginecológico obstétrico, para que, atendiendo al contenido del mismo, se adopten las medidas oportunas para que mi parto y postparto se lleven a cabo en las condiciones aquí expuestas, dando traslado a los servicios y o personal de su clínica que eventualmente pueda atenderme antes, durante y después del parto.

Aprovechando la ocasión para saludarle, se despide atentamente,

XXXX

Murcia , a de 200x