

Guía de Preferencias en el Parto

¿QUÉ ES IMPORTANTE PARA MÍ?

¡Felicidades! ¡Nos place poder ayudarle con el nacimiento de su bebé! Favor de revisar esta Guía de Preferencias en el Parto e indique qué preferencias tiene para su parto y nacimiento. Queremos asegurar que usted sea un participante activo en su planificación y toma de decisiones. Favor de tener en cuenta que todos los bebés son colocados piel con piel sobre el pecho de la mamá y se someten a pinzamiento del cordón retrasado (si las condiciones lo permiten). Por favor sepa también que queremos asegurarnos de que tanto usted como el bebé sean atendidos de forma segura.

Preferencias Generales

- Preferiría un bloqueo salino en lugar de un goteo intravenoso continuo para poder caminar libremente.
- Me gustaría utilizar la bola de maní o la bola de parto para facilitar el proceso de parto.

Preferencias para Lidar con el Dolor

- Me gustaría tener la opción de utilizar la ducha de hidroterapia para aliviar el dolor.
- Me gustaría utilizar la terapia de frío/calor para sobrellevar el dolor del parto.
- Prefiero el parto natural (sin analgésicos ni epidural).
- Me gustaría utilizar aceites de aromaterapia para aliviar el dolor.
- Favor de no ofrecerme ningún tipo de analgésico. Si decido utilizar analgésicos o la epidural, los pediré.
- Deseo utilizar óxido nitroso para sobrellevar el dolor del parto.
- Tengo previsto utilizar analgésicos intravenosos (medicamento para el dolor a través de mi vía intravenosa) para sobrellevar el dolor del parto y el nacimiento.
- Tengo previsto utilizar una epidural en el parto activo para sobrellevar el dolor del parto y el nacimiento.
- Estoy considerando la posibilidad de utilizar medicamento intravenoso para el dolor y/o ponerme la epidural, pero lo decidiré al momento del parto.

Preferencias para el Monitoreo del Bebé

- Prefiero que monitoreen a mi bebé de forma intermitente (monitoreo no continuo).
- Prefiero que monitoreen a mi bebé continuamente (comprendo que esto podría limitar mis movimientos y mantenerme en cama durante el parto).
- Si el monitoreo continuo de mi bebé es necesario, prefiero un monitor portátil (si mi condición me permite moverme libremente).

Preferencias de Parto Vaginal

- Me gustaría empujar en una posición que yo elija (en cuclillas, de rodillas, de lado, etc.).
- Quiero evitar una episiotomía.
- Me gustaría utilizar un espejo para ver el nacimiento de mi bebé.
- Me gustaría _____ cortar el cordón umbilical.

Preferencias de Parto por Cesárea

Nuestro objetivo es que todas las mujeres que acuden al centro médico para un parto tengan un parto vaginal sano. Si un parto por cesárea es planificado o necesario, queremos considerar sus preferencias en la medida que sea posible durante su estancia. Ocasionalmente, surgen situaciones de emergencia que requieren una conversación breve sobre los riesgos y beneficios del parto por cesárea. Le animamos a participar en la decisión sobre el parto por cesárea.

- Me gustaría utilizar la cortina transparente para poder ver el nacimiento de mi bebé.
- Me gustaría que pusieran a mi bebé piel con piel conmigo en el quirófano si ambos estamos bien.
- Me gustaría traer mi propia música para escucharla durante el parto por cesárea y la recuperación.

Preferencias de Cuidado del Recién Nacido

- Si mi bebé necesita separarse de mí por cualquier motivo, deseo que _____ le acompañe y esté presente en todos los procedimientos.
- Me gustaría estar presente en el primer baño de mi bebé.

Preferencias de Alimentación del Recién Nacido

¿Cuál es su preferencia de alimentación para su bebé durante su estadía en el hospital?

- Me gustaría una consulta con un especialista de lactancia.

¿Qué es lo más importante para usted durante el parto (sus mayores objetivos y prioridades)?

Favor de decirnos si tiene alguna práctica/tradición religiosa o cultural que sea importante para usted durante el parto, y qué podemos hacer para adaptarnos a estas necesidades.

Favor de describir cualquier preferencia adicional, preocupaciones sobre el parto y el nacimiento, miedos específicos u otra información que nos ayude a proporcionar la mejor atención posible para satisfacer sus necesidades individuales.

He hablado y compartido mis preferencias sobre el parto y con mi proveedor durante las visitas de atención prenatal, y ambos las entendemos. Reconozco que es posible que mis preferencias y deseos no se cumplan tal como están escritos y que podrían cambiar si surgen necesidades médicas para garantizar un parto seguro y saludable para mi bebé y para mí.

Mi firma:

Fecha:

Mi doctor es:

El doctor de me recién nacido es:

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Salinas Valley Health cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Sumusunod ang Salinas Valley Health sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.