



Temas de importancia para mí

¡Felicitaciones! ¡Estamos ansiosos por poder ayudarle con el nacimiento de su bebé! Por favor revise esta guía de preferencias de nacimiento “Birth Preferences Guide” e indique que preferencias tiene para su trabajo de parto y nacimiento de su bebé. Queremos asegurarle que usted es una participante activa en su planificación y en las decisiones que tendrá que hacer. Cuando su bebé nazca será colocado sobre su pecho para tener el contacto de piel a piel con usted. El corte del cordón umbilical se retrasará (dependiendo en las condiciones). Queremos asegurarle que usted y su bebé recibirán un cuidado excepcional.

Preferencias Generales

_____ Prefiero una solución salina en vez de un goteo intravenoso (IV) continuo que me permita caminar libremente

Preferencias para manejar el dolor

_____ Me gustaría tener la opción de usar la ducha para hidroterapia para aliviar el dolor

_____ Prefiero dar a luz naturalmente (no medicamentos ni anestesia epidural)

_____ Por favor no me ofrezcan ningún tipo de medicamento para el dolor. Si decido usar medicamentos para el dolor o anestesia epidural, los solicitaré

_____ Planeo usar medicamento para el dolor intravenoso (medicamento para el dolor a través de mi IV) para hacer frente al dolor del parto y al nacimiento de mi bebé

_____ Planeo usar anestesia epidural en labor activa para hacerle frente al dolor del parto y al nacimiento de mi bebé

_____ Estoy considerando usar medicamento para el dolor a través de mi IV o de tener anestesia epidural, pero decidiré cuando este realmente en trabajo de parto

Preferencias para monitorear al bebé

_____ Prefiero que mi bebé sea monitoreado intermitentemente (sin monitoreo continuo)

_____ Prefiero que mi bebé sea monitoreado continuamente (entiendo que esto puede limitar mi movimiento y puede mantenerme en la cama durante el parto)

_____ Si mi bebé necesita ser monitoreado continuamente, prefiero un monitor portátil (si mi condición permite que me pueda mover libremente)

Preferencias de parto vaginal

_____ Me gustaría empujar en una posición de mi selección (ponerme en cuclillas, arrodillada o de lado etc.)

_____ Quiero evitar una episiotomía

_____ Prefiero usar un espejo para ver el nacimiento de mi bebé

_____ Quiero que _____ corte el cordón umbilical

Preferencia de nacimiento vía cesárea

Queremos que cada mujer en trabajo de parto tenga un parto vaginal saludable. Si planea tener a su bebé vía cesárea o si es necesario tener una cesárea queremos considerar sus preferencias durante su estadía. A veces, las situaciones de emergencia requieren una conversación rápida sobre los riesgos y beneficios del parto por cesárea. Pedimos su participación en la decisión de un parto por cesárea.

_____ Quiero utilizar la cortina transparente para poder ver el nacimiento de mi bebé.

_____ Quiero tener el contacto de piel a piel con mi bebé en la sala de operaciones si los ambos estamos bien

_____ Quiero traer mi propia música para escuchar durante mi cesárea y durante mi recuperación

Preferencias del cuidado del recién nacido

_____ Quiero que me expliquen todos los procedimientos y medicamentos que planean proporcionarles a mi bebé antes que sean administrados por el personal

_____ Si mi bebé tiene que ser llevado a otro lugar por alguna razón, quiero que _____ acompañe a mi bebé y quiero que permanezca presente durante todos los procedimientos.

_____ Quiero estar presente durante el primer baño de mi bebé

_____ Preferencia de alimentación del recién nacido



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

Háganos saber si tiene alguna práctica o tradiciones religiosas o culturales que son importantes para usted durante el parto y díganos que podemos hacer para satisfacer estas necesidades.

Describa cualquier preferencia adicional, inquietudes sobre el trabajo de parto y el parto, miedos específicos u otra información que ayude a brindar la mejor atención posible para satisfacer sus necesidades individuales.

He hablado y compartido mis preferencias para dar a luz con mi proveedor durante las visitas de atención prenatal y ambos lo entendemos. Reconozco que mis referencias y deseos pueden no seguirse tal como están escritos y pueden necesitar cambios si surgen necesidades médicas para garantizar un nacimiento seguro y saludable para mí bebé y para mí.

Mi Firma:

Fecha:

Mi médico es:

ATTENTION: If you speak a language other than English, language assistance services, free of charge, are available to you. SVMHS complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. SVMHS 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 SVMHS sa mga naaangkop na Pederal na batas sa karapatang sibil at hindi nandiskrimina batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kapansanan o kasarian.