



## Mis preferencias para el nacimiento

El personal médico y de enfermería de Mountain Vista Medical Center y Tempe St Luke Hospital comprende que el nacimiento de su bebé es uno de los momentos más importantes en la vida de su familia, y las familias tienen diferentes necesidades y preferencias. Nuestro principal objetivo, para usted y su familia, es que tanto la mamá como el bebé gocen de buena salud. Nos esforzamos por que su experiencia de dar a luz tenga lugar en un ambiente de franca comunicación y colaboración.

El presente formulario nos ayudará a entender sus necesidades, preferencias y expectativas.

Nos esforzaremos por comentar sus opciones a fin de que pueda tomar decisiones fundamentadas acerca de su cuidado y el de su bebé. Incluiremos los beneficios, los riesgos y las alternativas en dichas conversaciones.

### **Preferencias para la experiencia de trabajo de parto (marque o encierre en un círculo todas las opciones que correspondan):**

- Mi equipo de apoyo incluye:
  - Persona allegada.
  - Deseo que mi persona allegada me acompañe durante mi estadía.

- Acompañante del parto/entrenadora perinatal ("doula").
- Otra persona \_\_\_\_\_.
- Otros visitantes mientras esté en trabajo de parto:
  - Cualquier persona que venga de visita es bienvenida.
  - Hermanos del bebé.
  - Mi persona allegada seleccionará a los visitantes.
  - Quiero que por favor me pregunten antes de permitir el ingreso de visitantes.
- Luces:
  - No tengo ninguna preferencia.
  - Preferiría luces tenues.
- Música:
  - No tengo ninguna preferencia.
  - Traeré un reproductor de CD.
  - Traeré mi iPod/teléfono.
- Actividad:
  - Prefiero caminar por el sector.
  - Me gustaría poder ducharme durante el trabajo de parto.
  - Me gustaría usar el jacuzzi o la bañera durante el trabajo de parto.
  - Me gustaría usar pelotas de parto u otros artículos que facilitan el trabajo de parto.
- Dieta/líquidos:
  - Dieta liviana hasta entrar en trabajo de parto activo.
  - Líquidos claros durante el trabajo de parto.
- Vía intravenosa o vía con llave de paso para la infusión de solución salina (encierre en un círculo una opción).
- Preferencias de vigilancia fetal:
  - Monitoreo fetal con regularidad normal
  - Monitoreo fetal inalámbrico
  - Monitoreo fetal intermitente
  - No tengo ninguna preferencia.

- Control del dolor:
  - No quiero que me ofrezcan opiáceos (analgésicos por vía intravenosa) ni anestesia epidural. Los pediré en caso necesario.
  - Me pueden ofrecer opiáceos o anestesia epidural.
  - Aromaterapia y aceites esenciales.
  - Óxido nitroso.
  - Opiáceos.
  - Epidural.
- Incremento del trabajo de parto:
  - Preferiría demorar la rotura de la bolsa de aguas, a menos que sea necesario hacerlo por motivos médicos.
  - Preferiría que me rompan la bolsa de aguas para iniciar el trabajo de parto o ayudar durante el proceso.
  - Preferiría que se use pitocina.
  - Pitocina; por favor, comentar sobre este tema.

#### **Preferencias durante el nacimiento de mi bebé:**

- Mi equipo de apoyo incluye:
  - Persona allegada.
  - Acompañante del parto/entrenadora perinatal ("doula").
  - Hermano del bebé (por favor, venga con un adulto que pueda permanecer con el niño si el menor quiere retirarse).
  - Otra persona \_\_\_\_\_
- Luces en la habitación:
  - No tengo ninguna preferencia.
  - Tenues.
- Música:
  - Ninguna.
  - IPod/teléfono (provisto por la paciente)
  - Reproductor de CD (provisto por la paciente)
- Posición para el nacimiento:
  - No tengo ninguna preferencia.

- Me gustaría “encontrar” la mejor posición.
- Fase de pujos:
  - Permítanme esperar hasta tener la necesidad de pujar.
  - Aliéntenme a pujar.
- Corte del cordón umbilical:
  - No tengo ninguna preferencia.
  - Mi persona allegada quiere cortar el cordón.
  - Demorar el corte si es posible.
- Contacto piel con piel una vez que hayan secado al bebé.
- Contacto piel con piel con mi bebé inmediatamente.
- “Hora sagrada” de apego: el bebé estará en contacto con mi piel durante por lo menos la primera hora.
- Amamantamiento inmediato o tan pronto como sea posible.
- Me gustaría que me hicieran una “cesárea moderada”, si el procedimiento fuese necesario.
- Quiero llevarme la placenta a casa, si no se necesita para hacer exámenes médicos.

#### **El cuidado de mi bebé:**

Quiero que por favor me comenten los medicamentos y las intervenciones que mi bebé pudiese necesitar... durante el trabajo de parto. Les pido que no esperen hasta que mi bebé haya nacido, cuando tal vez yo no esté en tan buenas condiciones como para entender.

Quiero que por favor incluyan los beneficios, los riesgos y las alternativas en estas conversaciones.

#### **Preferencias para el cuidado de mi bebé:**

- Apego mediante contacto piel con piel una vez que hayan secado al bebé.
- Apego mediante contacto piel con piel con mi bebé en forma inmediata.

- “Hora sagrada” de apego: el bebé estará en contacto con mi piel durante por lo menos la primera hora.
- Tiempo de tranquilidad con la persona allegada y el bebé. Contacto piel con piel.
- Amamantamiento solamente.
- Amamantamiento y alimentación con biberón.
- Alimentación con biberón.
- No quiero que a mi bebé se le dé un chupete.
- Quiero que a mi bebé se le dé un chupete.
- No quiero que se retire a mi bebé y esté en otro lugar sin mi presencia, si fuese posible.
- Si mi bebé tiene que ser retirado de mi lado, quiero que mi persona allegada lo acompañe.

Mis preferencias con respecto a los visitantes después del parto:

(Restringiremos el ingreso de toda persona que tenga señales o síntomas de resfrío y de niños que no sean los hermanos durante la temporada del virus respiratorio sincial; toda persona que toque o cargue al bebé debe antes lavarse las manos.)

- Mi persona allegada seleccionará a los visitantes.
- Toda persona que quiera venir a vernos a mí y a mi bebé es bienvenida.

Información personal:

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona allegada y vínculo:

\_\_\_\_\_

Nombres y edades de los hermanos:

---



---



---



---



Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_