

Mis Preferencias para el Trabajo de Parto y Nacimiento

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ FECHA PROBABLE DE PARTO: _____

PERSONA DE SOPORTE DURANTE TRABAJO DE PARTO: _____

PROVEEDOR: _____ PROVEEDOR DEL BEBÉ: _____

Bienvenido al Centro de Nacimiento de Holland Hospital. Porque el trabajo de parto y el nacimiento significan cosas diferentes para cada mujer, esta página de sus preferencias durante el trabajo de parto le da la oportunidad de compartir sus ideas y deseos y nos puede ayudar a guiar las conversaciones con su proveedor para que pueda tomar decisiones ya informadas en función de sus necesidades específicas. Nuestro equipo especialmente capacitado de proveedores, enfermeras y asistentes de atención al paciente están encantados de brindarle la mejor atención durante las etapas de trabajo de parto, parto y posparto. Nuestro objetivo número uno es siempre un parto seguro y saludable para la madre y el bebé.

EN FUNCIÓN DE SUS NECESIDADES INDIVIDUALES DE ATENCIÓN Y TRATAMIENTO, USTED PUEDE ESPERAR QUE OCURRA LO SIGUIENTE DURANTE EL PARTO EN EL CENTRO DE NACIMIENTO DE HOLLAND HOSPITAL:

- Monitoreo fetal intermitente para embarazos de bajo riesgo
- Monitoreo fetal inalámbrica
- Una variedad de opciones para el manejo del dolor
- Explicamos todos los cuidados y medicamentos para mamás y bebés antes de utilizarlos
- Evitamos las episiotomías y el uso de fórceps a menos que sea médicamente necesario
- Pinzar tardíamente el cordón umbilical en partos vaginales y por cesárea
- Contacto piel a piel después del parto
- No se usan chupetes(teté) o fórmulas sin su consentimiento
- Apoyo a la lactancia materna por parte de enfermeras certificadas y capacitadas

¿Qué es lo más importante para usted durante el trabajo de parto y el parto?

¿Tiene alguna práctica cultural o religiosa que sea importante para usted durante el parto? ¿Cómo podemos ayudar a satisfacer estas necesidades?

Describe cualquier inquietud o temor que tenga u otra información que necesite, que nos ayude a satisfacer mejor sus necesidades individuales.

EDUCACION PARA EL PARTO:

Se ha demostrado que la educación del paciente mejora tanto los resultados como las experiencias. Regístrese para nuestras clases de educación para el parto visitando hollandhospital.org.healthylife/classes o llamando al 616-394-3344. Planifique inscribirse aproximadamente a las 24 semanas porque las clases pueden llenarse de 4-8 semanas antes.

<p>Trabajo de Parto</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prefiero estar en casa durante el trabajo de parto temprano, si es seguro, y ser admitida cuando este en trabajo de parto activo <p>Preferiría lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Luz tenue ○ Oír música ○ Usar mi propia ropa ○ Silencio ○ Aromaterapia (a menos que alguien en la unidad tenga sensibilidad) ○ Traer artículos de la casa (almohadas, fotos) ○ Limitar los visitantes teniendo un letrero en mi puerta ○ Tener los menos exámenes cervicales como sea posible ○ Preferiría caminar y cambiar posiciones ○ Entiendo que si me ponen una epidural voy a cambiar de posición en la cama y puede necesitar un catéter para vaciar mi vejiga porque no voy a ser capaz de sentir cuando este llena. <p>MONITOREO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prefiero que mi bebé sea monitoreado mínimamente si mi embarazo es de bajo riesgo ○ Me gustaría un monitoreo continuo ○ Prefiero un método que me permita permanecer en movimiento <p>PUJANDO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Prefiero esperar hasta sentir la necesidad o hasta que mi bebé descienda ○ Me gustaría utilizar una variedad de posiciones para pujar ○ Me gustaría usar un espejo para poder ver el nacimiento de mi bebé ○ Me gustaría que me dirigiera cuando debo pujar ○ Me gustaría tocar la cabeza de mi bebé mientras sale <p>NACIMIENTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ He hecho arreglos para recoger y donar sangre del cordón umbilical ○ Me gustaría llevar mi placenta a casa conmigo (voy a proporcionar el cubo y refrigerador) ○ A mi persona de apoyo también le gustaría tener el contacto piel-a-piel ○ Me gustaría que mi persona de apoyo cortara el cordón umbilical 	<p>ALIVIO DEL DOLOR</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Sólo ofrezcan analgésicos a petición mía ○ Indecisa <p>Opciones no médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Relajación ○ Cambios en la posición ○ Caminar ○ Masaje ○ Visualización ○ Respiración ○ Ducha ○ Pelota de parto ○ Paquetes calientes/fríos <p>Opciones médicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Oxido nitroso (he discutido con mi proveedor con anticipación y firmado el consentimiento) ○ Analgésicos intravenosos ○ Epidural <p>INCREMENTAR</p> <p>Si mi trabajo se ralentiza, preferiría:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Probar métodos no médicos como caminar ○ Que rompan mi bolsa de agua ○ Dejar que mi bolsa de agua se rompa por sí sola ○ Usar IV Pitocina después de riesgos y beneficios revisados ○ Utilizar pitocina intravenosa después de que se hayan probado todos los demás métodos y sólo cuando sea médicamente necesario <p>EN CASO DE CESÁREA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Me gustaría que _____ estuviera conmigo (1 persona) ○ Me gustaría que bajaran la cortina durante la cirugía para poder ver el nacimiento ○ Me gustaría que me tomaran fotos/vídeos de mi bebé ○ Me gustaría que mi persona de apoyo cortara el cordón umbilical (Para reducir el riesgo de infección, mi proveedor cortará el cordón primero porque está cerca de mi incisión). <p>CUIDADOS DEL BEBÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Planeo amamantar exclusivamente ○ Planeo alimentar con formula a mi bebé ○ Planeo amamantar y complementar según sea necesario ○ Quiero estar con mi bebé ○ Si tengo un niño me gustaría que sea circuncidado ○ Si tengo un niño NO me gustaría que sea circuncidado ○ Quiero participar en el primer baño ○ Me gustaría sostener a mi bebé durante las inyecciones o extracciones de sangre para proporcionarle consuelo
--	---

He hablado y compartido mis preferencias de parto y nacimiento con mi proveedor de cuidados durante las visitas de atención prenatal. Reconozco que mis preferencias y deseos pueden no ser seguidos como está escrito y puede que tenga que cambiar si surgen necesidades médicas con el fin de garantizar un parto seguro y saludable para mí y mi bebé.

Mi firma: _____ Fecha: _____
 Iniciales del proveedor de atención médica: _____ Fecha: _____

