



Plan de Nacimiento / Birth Plan

Planificarel nacimiento de su bebé es un momento emocionante. Usted tiene muchas opciones que realizar para su trabajo de parto, parto y estadía posparto con nosotros. Este plan de nacimiento la ayudará a identificar y comunicar sus deseos a su equipo de atención médica. Por favor, tómese un tiempo para hablar con su cónyuge / persona de apoyo para el parto sobre las opciones que tiene disponibles para usted. Luego, complete este plan y entregue copias a las siguientes personas:

- Su proveedor de salud (médico/ partera)
- El personal del hospital (traiga una copia en su bolso para el trabajo de parto)

Piense en el Plan de nacimiento como una forma de contarnos sobre sus preferencias para su experiencia de parto. Entienda que sus opciones pueden cambiar debido a su condición médica o la de su bebé. Sin embargo, trabajaremos para respresar sus elecciones e incluirla en cualquier decisión adicional relacionada con su atención.

jLe deseamos un maravilloso dia de nacimiento!

Preparación para el parto

- Asistí a un curso de preparación al parto o de actualización.
- Asistí a un curso sobre amamantamiento.
- No asistí a ninguna clase prenatal.

Genero del bebe

- Mi bebé es un niño. Su nombre es: _____
- Mi bebé es un niña. Su nombre es: _____
- No sé el género de mi bebé. En el momento del parto, me gustaría que _____ anuncie el género del bebé.

Mi apoyo en el parto

Mi persona de apoyo primaria será _____
Además, _____ me proporcionará apoyo durante el parto.
Tendré una doula presente durante el trabajo de parto / parto: _____

Entorno en la sala de parto

- Traeré mi propia música.
- Quisiera tener las luces atenuadas.
- Quisiera mantener la habitación lo más silenciosa posible.

Hidratación / líquidos orales

Un suero salino (un catéter IV con una pequeña tapa) es el estándar de cuidado minima basado en las directrices de la AGOG.

- Quisiera tener líquidos claros durante mi parto (por ejemplo agua, lascas de hielo, Gatorade®, jugos claros)
- Prefiero recibir líquidos a través del tubo intravenoso (IV)

Será necesario administrar líquidos por vía IV en caso de una epidural. Por favor discuta esto con su proveedor de salud.

Monitoreo Fetal

- Si cumple con los criterios de bajo riesgo, quisiera un monitoreo fetal intermitente.
- Quisiera que mi bebé sea monitoreado constantemente con un monitor fetal externo.

www.acaq.arq tiene información acerca de las directrices del Sindicato Americano de Obstetras sobre monitoreo fetal.

Patient Label

NAME: _____ DOB: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

Page 1 of 3

FIN: _____ MRN: _____

NMHS-1742SP
Rev. 1/2026



Medidas de comodidad/Alivio del dolor

- ❖ Usted recibira apoyo constante y animo durante su trabajo de parto.

Quisiera probar las siguientes estrategias de afrontamiento:

- Caminar
- Cambios de posición
- Mecedora
- Pelota de parto
- Baño/ ducha / bañera de remolino
- Técnicas de respiración y relajación
- Masaje
- Otras: _____

Medicamentos contra el dolor (durante el trabajo de parto / parto)

- Planeo el trabajo de parto sin el uso de medicamentos para el dolor.
- Pediré medicamentos contra el dolor si los necesito.
- Me gustaría que la enfermera me ofrezca medicamentos contra el dolor.

Si pido medicamentos contra el dolor, consideraría usar:

- Medicamentos par IV
- Epidural
- Óxido Nitroso

Progreso del parto

Ruptura de membranas

- Desearía que mis membranas se rompieran naturalmente, sin intervención.
- Crea que está bien si mi proveedor de salud rompe las membranas.

Si el trabajo de parto no progresa, quisiera intentar lo siguiente:

- Caminar con mi persona de apoyo
- Hacarme en la mecedora
- Romper la balsa de agua
- Comenzar el Pitocin (medicamento utilizado para estimular las contracciones)

Pujar

Cuando llegue el momento de pujar quisiera:

- pujar instintivamente, siguiendo las señales de mi cuerpo.
- que me ayuden, indicando cuándo pujar y por cuánto tiempo (esto es más común con una epidural).

Quisiera probar las siguientes posiciones para pujar:

- semi-reclinada
- tendida de costado
- en cucillitas
- sobre mis manos y rodillas
- las posiciones que me resulten cómodas en el momento

Compresas tibias / masaje perineal:

- Me gustaría que me apliquen compresas tibias en el perineo cuando estoy pujando.
- He estado usando masaje perineal para preparar mi perineo para el parto.

Patient Label

NAME: _____ DOB: _____

FIN: _____ MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

Page 2 of 3

NMHS-1742SP
Rev. 1/2026



Parto vaginal

Quisiera:

- ver el nacimiento usando un espejo.
- tocar la cabeza de mi bebé mientras corona.
- evitar una episiotomía (una incisión para agrandar la abertura vaginal para el parto).

Otro: _____

Corte del cordón umbilical:

- Quisiera que _____ corte el cordón.
- Mi compañero de parto no desea cortar el cordón umbilical.

Recibir a mi bebé

Quisiera que:

- se coloque a mi bebé piel con piel en mi abdomen inmediatamente después del nacimiento.
- se limpie a mi bebé antes de colocarlo piel con piel.
- sostener a mi bebé lo antes posible, posponiendo los procedimientos que no sean urgentes.

Alimentación del infante

Durante mi estadía en el hospital:

- Pienso alimentar a pecho.
- Pienso alimentarlo con fórmula.

Circuncisión

Si mi bebé es un niño:

- no quiero que lo circunciden.
- me gustaría que lo circuncidaran en el hospital.
- lo circuncidará más tarde.

Parto por cesárea

Si es preciso que tenga una cesárea (nacimiento del bebé a través de una incisión abdominal) quisiera que:

- mi persona de apoyo en el trabajo de parto esté presente.
- el cordón umbilical quede largo, para que mi persona de apoyo al parto pueda acortarlo.
- el bebé sea entregado a mi persona de apoyo al trabajo de parto tan pronto como sea posible.

Otros: _____

Ayúdenos a entender cualquier preferencia adicional que tenga para su experiencia de parto. Puede tener rutinas, tradiciones o expectativas especiales que sean parte de sus creencias sobre el nacimiento o el legado familiar/ de fe. Cuanta más información pueda compartir con nosotros, mejor podremos satisfacer sus necesidades durante su estadía.

Firma de la paciente

Fecha

Firma del proveedor

Fecha

Patient Label

NAME: _____ DOB: _____

FIN: _____ MRN: _____

PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD

Page 3 of 3

NMHS-1742SP
Rev. 1/2026