



B P L 0 0 1

METHODIST HOSPITAL  
 METHODIST FREMONT HEALTH  
 METHODIST WOMEN'S HOSPITAL  
 METHODIST JENNIE EDMUNDSON HOSPITAL

## Plan de Nacimiento *Birth Plan*

Planificar el 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 respetar sus elecciones e incluirla en cualquier decisión adicional relacionada con su atención.

### ¡Le deseamos un maravilloso día 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 un epidural. Por favor discuta esto con su proveedor de salud.*

#### Monitoreo Fetal

- Si cumplo 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.org tiene información acerca de las directrices de la Sindicata Americana de Obstetras sobre manitarea fetal.*

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**



B P L 0 0 1

METHODIST HOSPITAL  
METHODIST FREMONT HEALTH  
METHODIST WOMEN'S HOSPITAL  
METHODIST JENNIE EDMUNDSON HOSPITAL

**Medidas de comodidad/Alivio del dolor**

❖ *Usted recibirá apoyo constante y ánimo 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

**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
- Hamacarme en la mecedora
- Romper la balsa de agua
- Comenzar el Pitocin (medicamento utilizado para estimular las contracciones)

**Pujar**

Cuando llegue el momenta 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 cuclillas
- sobre mis manos y rodillas
- las posiciones que me resulten cómodas en el momenta

Compresas tibias / masaje perineal:

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

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**



B P L 0 0 1

METHODIST HOSPITAL  
METHODIST FREMONT HEALTH  
METHODIST WOMEN'S HOSPITAL  
METHODIST JENNIE EDMUNDSON HOSPITAL

**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 circuncidaré 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 en el Methodist Women's Hospital.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PERMANENT PART OF MEDICAL RECORD**

Patient Label

NAME: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

FIN: \_\_\_\_\_ MRN: \_\_\_\_\_