

# Mi plan de nacimiento



Un plan de nacimiento es una lista de preferencias o deseos para la experiencia de nacimiento de su hijo. No limitará sus opciones una vez que comience su trabajo de parto. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Dado que cada trabajo de parto y nacimiento es diferente, no podemos garantizar que todas sus preferencias serán adecuadas para su parto. La alentamos a discutir su plan de nacimiento con su médico o partera. Trabajaremos con usted para tratar y mantener su experiencia de nacimiento lo más cercana posible a sus deseos; no obstante, su seguridad y la de su bebé es nuestra prioridad número uno.

Nombre: \_\_\_\_\_ Prestador de OB: \_\_\_\_\_

Nombre de la pareja: \_\_\_\_\_ Médico del bebé: \_\_\_\_\_

Nombre del bebé: \_\_\_\_\_ Fecha prevista para el nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

## Para el trabajo de parto:

- Luces atenuadas.
- Visitas Limitadas: \_\_\_\_\_
- Me gustaría estar fuera de la cama la mayor cantidad de tiempo posible.
- Preferiría recibir fluidos por un catéter heparinizado en lugar de hacerlo por vía intravenosa.
- Me gustaría usar opciones alternativas para aliviar el dolor como ejercicios de respiración, masaje, ducha y cambios de posición.
- Pediré medicamentos para el dolor si los necesito.
- Me gustaría recibir una epidural tan pronto como sea posible.
- Me gustaría que me ofrecieran medicamento para el dolor si ven que tengo malestar.
- No estoy segura de qué quiero para aliviar el dolor, lo decidiré cuando esté en trabajo de parto.
- Me gustaría usar mi música portátil y audífonos durante el trabajo de parto.

## Durante el parto:

- Me gustaría tener la opción de dar a luz en otras posiciones además de hacerlo boca arriba, si es posible.
- Me gustaría retrasar el pinzamiento del cordón umbilical por 30-60 segundos.
- Me gustaría que mi pareja corte el cordón umbilical.
- Me gustaría un espejo para ver mi parto.
- Me gustaría tocar la cabeza de mi bebé cuando corone.

## Posparto/cuidado del recién nacido:

- Si se tuviera que separar a mi bebé por atención/tratamiento médico, me gustaría que \_\_\_\_\_ lo acompañe.
- Me gustaría que me den de alta lo más pronto posible.

## Cesárea:

- Me gustaría tener contacto piel con piel tan pronto como sea posible.
- Me gustaría que \_\_\_\_\_ me acompañe en la sala de operaciones (1 persona)

## Otros requerimientos:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**ORLANDO HEALTH**<sup>®</sup>



**WINNIE PALMER  
HOSPITAL**  
For Women & Babies

(321) 843-1110

[WinniePalmerHospital.com](http://WinniePalmerHospital.com)