

Plan de Parto

Nombre de los Padres:

Nombre de du Bebé:

Nombre de su Obstetra/Ginecologo y número (s) de teléfono(s):

Nombre y número de teléfono del médico de su Bebé:

**Nombre de persona(s) de apoyo importante y
número de teléfono(s) (amigo(a), familia, clero,
etc)**

Deseos del parto y alumbramiento

Elige las que desees:

- ☐ Parto Vaginal
- ☐ Parto Cesárea
- ☐ Monitorización cardiaca fetal
- ☐ Quien debe cortar el cordón umbilical?
- ☐ Preferencias en caso de que el bebé nazca muerto?

Comodidades del Parto

- ☐ Me gustaría poder moverme como desee durante el parto.
- ☐ Me gustaría poder beber líquidos durante el parto.
- ☐ Tener una vía intravenosa de medicamentos o heparina.
- ☐ Tener un bloqueo intravenosa de heparina o solución salina (para accesos de vena pero no conectada a una bolsa de líquido.
- ☐ Pelota de Parto o silla de Parto
- ☐ Barra de sentadillas
- ☐ Una ducha o baño caliente durante el parto.
- ☐ Musica y qué tipo: _____
- ☐ Sala de Partos tranquila.
- ☐ No tengo preferencias.

Me gustaría que las siguientes personas estén conmigo durante el parto (consulta su hospital o centro de maternidad sobre la cantidad de personas que pueden estar en la habitación.)

Esta Bien [] No está Bien [] **para estudiantes** médicos o residentes estén presentes durante el parto.

Me gustaría probar las siguientes opciones si están disponibles (elige todos que desees):

Opciones de anestesia (Elige Uno):

☐ No quiero que me ofrezcan anestesia durante el parto a menos que lo solicite específicamente.

☐ Quiero anestesia. Discuta opciones conmigo.

☐ No sé si quiero anestesia. Discuta opciones conmigo.

Nacimiento

Me gustaría que las siguientes personas estuvieran conmigo durante el parto. (Consulte la policía del hospital o centro de maternidad.)

Para Parto Vaginal

☐ Usar un espejo para ver el nacimiento de mi bebé.

☐ Que mi compañero de parto me ayude empujar durante el parto.

☐ **Prefiero evitar una episiotomía a menos que sea necesaria.**

☐ Que la habitación este lo más silenciosa posible.

☐ Que mi compañero corte el cordón umbilical.

☐ Que las luces se atenúen.

- ☐ Que mi compañero o familia puedan tomar video o fotos del nacimiento. (Note: Algunas hospitales tienen pólizas que prohíben videos o fotos).

Que pongan a mi bebé directamente sobre mi pecho inmediatamente después del parto, si posible y seguro (por favor hable con médico sobre emergencias)

Intentar amantar a mi bebé lo antes posible después del nacimiento.

- ☐ Otro: _____

Para Parto Cesárea

- ☐ Me gustaría que la siguiente persona estuviera presente conmigo.

- ☐ Me gustaría que una de mis personas de apoyo sus tuviera al bebé después del parto si yo no puedo hacerlo.

- ☐ Me gustaría que una de mis personas dé apoyo acompañara a mi bebé a la guardería.

- ☐ Me gustaría que mi bebé fuera al NICU si está indicado.

- ☐ Otro: _____

Cuidado del Bebé

Atencion Médica

- ☐ Si el bebé parece estar en peligro, deseo una cesárea si está indicado.
 - ☐ Deseamos que el NICU esté para el parto.
 - ☐ Si el bebé necesita ayuda respiratoria deseamos:
 - ☐ Todas las intervenciones indicadas incluyen suplementacion de oxígeno, soporte de presión y/o intubacion si está indicado.
 - ☐ Solamente oxígeno con presión.
 - ☐ Solamente oxígeno.
 - ☐ Ninguna intervención.
 - ☐ Si el bebé se encuentra en grave peligro y necesita CPR, solicitamos:
 - ☐ Todas intervenciones que incluyen: compresiones, inserción intravenosa medicamentos y líquidos.
 - ☐ Solamente medicamentos.
 - ☐ Ninguna intervención.
 - ☐ Ningún admisión al NICU. Déjanos tener una habitación tranquila y separada.
- Q Deseamos que nuestro bebé sea admitido en el NICU si es necesario.
- Q Deseamos medidos como sondas OG/NG según lo indicado para la alimentación.

- ☐ No se requieren medidas de alimentación invasivas como sondas orogastricas o sondas nasaless para alimentación.
- ☐ Elegimos ser consultados y participar en todas las decisiones sobre cuidados al final de la vida y garantizar que nuestro bebé reciba una atención que sea coherente con su comodidad, dignidad y nuestros valores.
- ☐ Deseos de retrasar los procedimientos de rutina mientras nuestro bebé esté en nuestros brazos.
- ☐ Deseamos confirmación definitivo que nuestro bebé tiene Trisomia 13 (Síndrome Patau) o Trisomia 18 (Síndrome Eduardo).
- ☐ Deseamos todas las consultas indicados mientras esté en el NICU.
- ☐ Otro: _____

Alimentando al **Bebé**

Tenga en cuenta que la capacidad del **bebe** es afectado por su respirar y puede requerir intervenciones necesarias para apoyar la respiración y la alimentación.

Me gustaría (Marque todos que desees):

- ☐ Intentos de amamantar
- ☐ Intentos alimentación de botella
- ☐ Alimentación por sonda
- ☐ Un chupete
- ☐ Agua de azúcar
- ☐ Leche materna
- ☐ Formula
- ☐ Nutricion intravenosa (TPN)

Plañ Después del Parto

Entendemos que la condición de nuestro bebé puede limitar su vida y estamos comprometidos a garantizar que nuestro bebé reciba la mejor atención posible manteniendo la comodidad y la calidad de vida.

- ☐ Le gustaría irse a su casa al momento de alta?
- ☐ Estado del código al momento de alta?
- ☐ Nombres del equipo de apoyo (atención médica domiciliaria, cuidados paliativos, etc) que le ayudará en su casa.
- ☐ Necesidades anticipadas en el hogar.
- ☐ Plan de emergencias en su hogar.
- ☐ Otro: _____

Plan si mi bebé se muere antes del alta.

- ☐ Planes para garantizar que mi bebé esté cómodo durante el proceso de morir.
- ☐ Deseamos mantener al bebé en la habitación con nuestra familia.
- ☐ Deseamos donación de órganos/tejidos si es elogiabile.
- ☐ Información de la funeraria.
- ☐ Información sobre arreglos funerarios.
- ☐ Discutir la posibilidad de donación de órganos.
- ☐ Deseamos mas pruebas después de la muerte.
- ☐ Otro: _____

Creacion de recuerdos

Deseamos de creación de recuerdos y apoyo.

☐ Desean tener fotografía? No todos los hospitales tienen fotógrafo en su personal.

☐ Recuerdos: Huellas de pies, huellas de manos, grabaciones de latidos del corazón, moldes de manos, moldes de pies, mechones de cabello, tarjetas de cuna, pulseras de identificación, mantas, ropa, etc.

☐ Deseos para su bebé y conjuntos especiales. Rituales espirituales y/o deseos que se deben seguir durante el parto y el posparto.

☐ Otro: _____