

Bienvenidos a Natividad

¡Estamos tan contentos de que usted nos haya elegido para el lugar del nacimiento de su bebé! Estamos aquí para usted, en cada paso del camino. Valore este momento. Sáquele el mayor provecho para usted y su familia. Recuerde que este tiempo es para que disfrute a su Bebé / Bebés y a usted misma.

Aquí en Natividad, es nuestro deseo darle la mejor experiencia del parto y de recuperación que usted desea. La siguiente información es para ayudar a nuestro personal a entender las cosas que son importantes para usted durante esta excelente etapa de su vida. Por favor, tome en cuenta que pudieran surgir situaciones en las que necesitemos consultar juntos, para buscar alternativas a su plan de cuidado para su seguridad y la de su bebé. Sin embargo, vamos a hacer todo lo posible para respetar sus deseos tanto como sea posible. Es importante para nosotros ofrecerle la experiencia más segura de nacimiento a usted y a su bebé.

Estamos orgullosos de ser un Hospital Certificado de Amigo del Bebé que significa que apoyamos la lactancia materna. Todo nuestro personal ha sido entrenado para ayudar a las madres con la lactancia materna. Si en algún momento usted tiene una pregunta sobre de lo que significa ser "Amigo del Bebé", por favor no dude en preguntar.

He aquí algunas sugerencias de cosas para empacar para su estadía en el hospital:

Para Usted:

- Estas hojas
- Bata
- Pijamas o ropa cómoda para usted
- Ropa interior
- Desodorante
- Cepillo de dientes/Pasta
- Jabón y Shampoo
- Cepillo para cabello
- Zapatillas o pantuflas
- Loción de cuerpo
- Cámara

Para su Bebe:

- Bolsa de pañales
- Un cambio de ropa para viaje a casa
- Cobija para bebe
- Libro de Bebé (opcional)
- Asiento de bebé para el auto: Déjelo en el auto hasta que sea tiempo de alta

Esperamos poder cuidar de usted y su pequeño precioso!

Atentamente,

Personal de Natividad

Un Nuevo Comienzo

Por favor díganos algo sobre usted:

Nombre: _____ Fecha de Parto: _____

Clínica: _____

Padre del bebé/Nombre de pareja: _____ ¿Estará el presente en el parto? S N

Nombre de persona de apoyo: _____ Parentesco con usted: _____

El plan es dar a luz por:

- Parto Vaginal Cesárea Parto vaginal después de Cesárea (VBAC)

Por Favor Note:

- Soy (EGB) positiva (GBS positive en inglés)
 Tengo diabetes gestaciona
 Tengo historial clínico de padecer alta presión arterial
 Otro _____

Durante el Parto

Durante el parto prefiero: *(marque todas las que apliquen)*

- Una ambiente relajante Poder caminar lo más posible Poder comer si es posible
 Mi pareja/persona de apoyo conmigo todo el tiempo Mantenerme bien hidratada tomando líquidos
 Otro _____

Alivio del Dolor:

- Deseo que me digan como aliviar mi dolor según lo necesite
 Por favor no me pregunten si deseo medicina para mi dolor/yo la pediré cuando la necesite

Me gustaría poder hacer lo siguiente: *(marque todas las que apliquen)*

- Técnicas de respiración/Distracción Sentarme en silla mecedora Ducha (Bañarse)
 Caminar Cobija calentita Masajes

Si decido usar medicina para aliviar mi dolor yo prefiero usar:

- Medicamento por Vía Intravenosa Epidural

Parto Vaginal

Cuando este por llegar mi Bebé, me gustaría: *(marque todas las que apliquen)*

- Usar un espejo para poder ver a mi bebé cuando estoy empujando
 Tocar la cabeza de mi bebé cuando aparece la cabez
 Que el cuarto este lo más tranquilo posible
 Evitar una Episiotomía al menos que mi Doctor sienta que es necesario

Después del Parto: *(marque todas las que apliquen)*

- Me gustaría colocar a mi bebé piel sobre piel
- Me gustaría que mi pareja corte el Cordón
- Me gustaría amamantar a mi bebé inmediatamente
- Me gustaría que todos los chequeos y rocedimientos se hagan cuando mi bebé este piel a piel conmigo

Cesárea

Durante el parto prefiero: *(marque todas las que apliquen)*

- Que mi pareja este presente
- La pantalla se bajen para que pueda ver a mi bebé
- Que le den a mi pareja el bebé para que lo pueda cargar lo más pronto posible

Después del Parto: *(marque todas las que apliquen)*

- Me gustaría que mi pareja se quede con mi bebé juntos lo más posible
- Me gustaría estar piel a piel con mi bebé lo más pronto posible
- Me gustaría amamantar en la sala de recuperación lo más pronto posible

Me Gustaría Recibir Información Sobre los Sigüientes Temas de Educación

(marque todas las que apliquen)

- Amamantar
- Bañar a mi bebé
- Controlar mi dolor
- Circuncisión
- Vacunas
- Atención de cuerda Umbilical
- Depresión postparto
- Seguridad para acostar al bebé
- Opciones de anticonceptivos
- Seguridad asiento de auto de bebé
- Ahogarse/Jeringa de succión
- Atención de incisión
- Como tomar temperatura de bebé
- Como cambiarle el pañal al bebé
- Administración de la dieta
- Sangrar después del parto

Su Pequeño Tesoro

Si ya escogió un nombre por favor díganos el nombre de su hija o hijo: _____

Me gustaría que el primer baño de mí bebe se le diera: *(marque todas las que apliquen)*

- En mi presencia
- Con mi pareja presente/padre del bebé

Me gustaría el examen médico y cualquier procedimiento se hiciera: *(marque todas las que apliquen)*

- En mi presencia
- Con mi pareja presente/padre del bebé

Deseo alimentar a mi bebé:

- Solo con leche materna
- Solo con formula
- Con leche maternal y formula

¿Ha amamantado en el pasado?

- Si ¿Por cuánto tiempo amamanto?
- No

Si tengo a un varón, deseo que le hagan una circuncisión:

- Que no se lo hagan
- Que se haga en el hospital
- Que se haga después que vayamos a casa

Si necesitamos vigilar a su bebé en la Unidad de cuidado Intensivo Neonatal, mi preferencia sería: *(marque todas las que apliquen)*

- Que mi pareja y yo acompañemos a nuestro bebe en el NICU siempre que sea posible
- Amamantar y que se me preste una pompa de leche para sacarme la leche
- Cargar a mi bebé siempre que sea posible

Al salir, es importante para mí llevarme: *(marque todas las que apliquen)*

- La pinza hemostática del cordón umbilical
- La impresión de huellas de mi bebé
- La tarjeta de la cuna de mi bebé
- La pulsera de identificación que uso mi bebé
- Todos los documentos Médicos (Acta de Vacunas, Examen de audición, Instrucciones de Alta)

Notas o comentarios para el personal que la atendió a usted y a su bebé: _____

Por favor recuerde traer estos papeles con usted cuando venga al hospital.