

# Formulario de preferencias para el parto

## Birth Preferences Form (Spanish)

Usamos esta hoja para informarnos de sus preferencias durante la labor y parto. Revísela con su proveedor y tráigala al parto para compartir con su enfermera y el equipo de atención médica. Recuerde que nadie sabe cómo se desarrollará la labor de parto, así que le animamos a que sea flexible si tiene que cambiar de plan. Para más información refiérase a la Guía del usuario de preferencias para el parto.

**Nombre/ Name:** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento/Date of birth:** \_\_\_\_\_

**Nombre de su pareja, si corresponde/ Partner name, if applicable:** \_\_\_\_\_

**Sobre mí/nosotros/About me/us:**

**Personas de apoyo durante la labor de parto (nombres y parentescos):**  
**Labor support team (names and relationships):**

**Esperanzas para este parto/Hopes for this birth:**

**Preocupaciones sobre este parto/Concerns about this birth:**

### Control de dolor/ Pain management

- Pienso ponerme la epidural/ I plan an epidural       Deseo un parto sin medicamento / I desire an unmedicated birth  
Podría aceptar / I am open to:  una epidural / an epidural     medicamento intravenoso para el dolor / IV pain medication
- Deseo usar las siguientes técnicas de confort / I would like to use the following comfort techniques:
- Pelota de parto/ Birth ball     Música/Silencio / Music/Quiet     Diferentes posiciones/ Different positions
  - Masaje / Massage                       Aromaterapia / Aromatherapy     Baño/Ducha / Tub/Shower
  - Visualizaciones / Visualization                       Técnicas de respiración / Breathing techniques

*Si corresponde:*

N.º de preferencia de manejo del dolor según Penny Simkin \_\_\_\_\_ a palabra clave para pedir medicamento; \_\_\_\_\_  
Penny Simkin pain management preference # \_\_\_\_\_ or code word to request medication: \_\_\_\_\_

### Labor y parto / Labor and Birth

- Monitoreo de mi bebé:  Intermitente, si es apropiado a la situación / Intermittent, if appropriate for my situation  
 Continuo / Continuous                                       Móvil / Mobile
- Punto de acceso para administrar medicamentos (Hep-Lock) en vez de ser conectada a la vía intravenosa, a menos que sea necesario / Medication access point (Hep-Lock) rather than being connected to the IV, unless necessary
- Deseo probar diferentes posiciones para pujar: / I would like to try different positions for pushing: \_\_\_\_\_
-

- Deseo tener un espejo para verle la cabeza a mi bebé / I would like a mirror to see my baby's head
- Recuérdeme tocarle la cabeza a mi bebé cuando esté naciendo / Please remind me to touch the baby's head as it emerges

**Si** es necesario hacerme una cesárea, deseo que \_\_\_\_\_ me acompañe al quirófano. Si el bebé tiene que ir a la Unidad de cuidado intensivo para recién nacidos (NICU) deseo que \_\_\_\_\_ acompañe al bebé.

**If** a cesarean birth is necessary, I would like \_\_\_\_\_ to accompany me in the operating room. If the baby has to go to the NICU, I would like \_\_\_\_\_ to accompany the baby.

**Después del nacimiento de su bebé / After your baby is born**

- Pienso amamantar / I plan to breastfeed. ¿Preocupaciones sobre amamantar / Concerns about feeding? \_\_\_\_\_

Preocupaciones sobre la rutina / Concerns about routine:  Vitamina K / Vitamin K  Ungüento para los ojos / Eye ointment  Vacuna contra la hepatitis B / Hepatitis B vaccine

- ¿Preocupaciones sobre el uso rutinario de Pitocina para evitar sangrado excesivo después del parto? \_\_\_\_\_  
Concerns about routine use of Pitocin to prevent excessive bleeding after birth? \_\_\_\_\_

- Si mi bebé es niño, pienso hacerle la circuncisión. / If my baby is a boy, I plan to have him circumcised. Mi pareja o yo deseamos bañar al bebé. / My partner or I would like to bathe the baby  Sí / Yes  No

**Sangre del cordón umbilical / Cord blood**

- Posponer el pinzamiento del cordón / Delay cord clamping  Donación / Donation
- Banco / Banking  \_\_\_\_\_ cortará el cordón / cuts the cord

**El proveedor de atención médica de mi bebé es / My baby's health care provider is:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Clínica: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Name: \_\_\_\_\_ Clinic: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Las preferencias para el parto han sido revisadas por el doctor o la partera:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Birth preferences reviewed by doctor or midwife:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_

Los servicios de salud en Swedish y sus afiliados no discriminan por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus programas y actividades de salud.

Swedish Health Services and its affiliates do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, age or disability in their health programs and activities.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711).

注意：如果您講中文，我們可以給您提供免費中文翻譯服務，請致電 888-311-9127 (Swedish Edmonds 888-311-9178) (TTY: 711)

