

**PLANEAMIENTO ANTICIPADO DE CUIDADO
PROGRAMA DE CUIDADO PERINATAL PALIATIVO
PLANEAMIENTO DEL NACIMIENTO DE NUESTRO BEBÉ**

♥ En el Hospital St. Joseph ustedes y su bebé son nuestra máxima prioridad. Nuestra meta es proporcionarles la mejor atención y, al mismo tiempo, respetar sus preferencias sobre la experiencia del nacimiento. Este plan para el nacimiento ha sido diseñado para atender las necesidades únicas de su familia, y las de su bebé quien padece una condición médica grave conforme al diagnóstico efectuado antes de su nacimiento. Su doctor podría tener que tomar decisiones médicas en el momento del nacimiento de su bebé que no se pueden anticipar; cualquier cambio en el plan de cuidado se conversará con ustedes.

Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____ Nombre del bebé _____

Obstetra _____ Pediatra _____ Fecha prevista del parto _____ Diagnóstico _____

Yo he / Nosotros hemos conversado con la persona de apoyo sobre nuestro plan del nacimiento, y ellos están de acuerdo con nuestro plan de cuidados.

Persona/Personas de apoyo _____

Llenado por: _____
Nombre/Cargo _____ Fecha _____

Sección A

♥ **Cuidado durante el trabajo de parto y el alumbramiento**

Por favor, converse con su doctor sobre sus opciones médicas antes del nacimiento: **Comentarios/Fecha**

1. Modo preferido de alumbramiento: <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> No decidido	
2. Queremos/No queremos el monitoreo cardiaco fetal durante la labor de parto. Si quisiéramos el monitoreo preferimos: <input type="checkbox"/> Continuo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> No monitoreo <input type="checkbox"/> No decidido	
3. Opciones sobre medicamentos para el dolor durante el trabajo de parto: <input type="checkbox"/> Narcótico de efecto rápido administrado vía intravenosa <input type="checkbox"/> Epidural	
4. Que un miembro de la familia corte el cordón umbilical _____	
5. Entendemos que nuestro bebé padece una condición médica grave que puede incluir la posibilidad de que viva poco tiempo. Preferimos: <input type="checkbox"/> Todas las intervenciones médicas disponibles para ayudar a nuestro bebé. <input type="checkbox"/> Que se lleven a cabo intervenciones selectivas como _____ <input type="checkbox"/> Que no se le apliquen medidas extraordinarias, como RCP o ventilación. Queremos que nuestro bebé reciba medidas de alivio incluyendo medicamentos, oxígeno, aspiración, contacto de piel a piel y sacarosa oral.	
6. Permitir la presencia de servicios de enseñanza (médicos residentes y estudiantes de enfermería). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Postergar que se pese a nuestro bebé y que se obtengan muestras de laboratorio que no sean médicamente indicadas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Permitir que nuestro bebé sea alimentado: <input type="checkbox"/> Darle el pecho <input type="checkbox"/> Gotas orales de leche materna <input type="checkbox"/> Fórmula	

St. Joseph Health 

St. Joseph Hospital

**ADVANCE CARE PLANNING
PERINATAL PALLIATIVE CARE – SPANISH**

PATIENT ID



NB-MT

7401-0053S (4/28/17)

Sección B

♥ Estos son nuestros deseos para el cuidado personal de nuestro bebé después de su nacimiento:

Comentarios/Fecha

1. Después del nacimiento y de que nuestro bebé sea estabilizado preferimos: <input type="checkbox"/> Tener en nuestros brazos a nuestro bebé lo más pronto posible y por el mayor tiempo posible. Tenerlo con nosotros en el lugar del parto y nacimiento. <input type="checkbox"/> Brevemente conocer y tocar/cargar a nuestro bebé. Después transferir a nuestro bebé a la Unidad Neonatal de Cuidado Intensivo.	
2. Preparar un plan para que nuestra familia y amigos celebren el nacimiento de nuestro bebé y nos visiten. Designamos a _____ para que mantenga informados a la familia y amigos.	
3. Designamos a _____ como acompañante adulto para los hermanos. Nombres / edades de los hermanos: _____	
4. Al cargar a nuestro bebé preferimos: <input type="checkbox"/> El contacto piel a piel <input type="checkbox"/> Que esté arropado	
5. Celebrar ceremonias religiosas / ritos espirituales. Comunidad de fe _____ Un representante de nuestra comunidad de fe estará presente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No _____	
6. Tomar fotos de nuestro bebé. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
7. Bañar y vestir a nuestro bebé <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. Obtener huellas de los pies y manos de nuestro bebé. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Quedarnos con recuerdos como: mechón de cabello, pulsera de identificación, cinta de medir, tarjeta de su cuna, manta y ropa. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Sección C

♥ Cuidados para el final de la vida

Comentarios/Fecha

1. Cargar a nuestro bebé cuando esté muriendo y después de su fallecimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. <input type="checkbox"/> Autopsia <input type="checkbox"/> Pruebas genéticas	
3. Yo / Nosotros estamos considerando la donación de órganos de ser posible <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Estoy considerando donar mi leche materna al Banco de Leche Materna <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. Conversen sobre llevarse a su bebé a casa.	

Los padres han hecho los siguientes cambios después de la admisión al hospital

St. Joseph Health 

St. Joseph Hospital

ADVANCE CARE PLANNING
PERINATAL PALLIATIVE CARE – SPANISH

PATIENT ID