

Guía de Preferencias de Atención Posparto

¿QUÉ ES LO QUE IMPORTA PARA MÍ?

¡Felicidades por su nuevo bebé! Esperamos brindarle una excelente atención. Por favor, revise esta Guía de preferencias de atención posparto e indique qué preferencias tiene para su atención posparto. Queremos asegurarnos de que usted sea una participante activa en su atención y toma de decisiones. Tenga en cuenta que es posible que sus preferencias no sean posibles y que deban cambiar si surgen necesidades médicas. Juntos queremos asegurarnos de que tanto usted como su bebé reciban atención de manera segura.

Preferencias Generales

- Me gustaría que se suspendan los líquidos intravenosos (IV) lo antes posible, a menos que sea médicamente necesario.
- Me gustaría ser independiente lo antes posible con las actividades de la vida diaria (caminar, ducharme, ir al baño, etc.).
- Me gustaría quedarme en el centro médico el menor tiempo posible.
- Preguntaré cualquier inquietud sobre mi preparación para el alta en los plazos esperados de hospitalización.

Preferencias de Entorno

- Me gustaría tener la puerta cerrada, las luces atenuadas y un ventilador en mi habitación.
- Me gustaría que la habitación fuera lo más silenciosa posible.
- Me gustaría tener la menor cantidad de interrupciones posible.
- Planeo usar mi propia ropa.

Preferencias de Manejo del Dolor

- Me gustaría tener la opción de utilizar medidas de comodidad (calor, hielo, cambio de posición, distracción, aromaterapia, técnicas de relajación, etc.) para aliviar el dolor.
- Por favor no me ofrezcan ningún tipo de analgésico. Si decido usar analgésicos, los pediré.

Mi dolor es tolerable para mí en _____
(véase la escala a continuación).



Preferencias de Alimentación del Recién Nacido

¿Cuál es su preferencia de alimentación para su bebé durante su estadía en el hospital?

- Me gustaría una consulta con un especialista de lactancia.

Preferencias de Atención Para el Recién Nacido

- Me gustaría que me explicaran todos los procedimientos y medicamentos para recién nacidos antes de que el personal los lleve a cabo o los administre.
- Si mi bebé necesita alejarse de mi lado por algún motivo, me gustaría _____ acompañar a mi bebé y permanecer presente en todos los procedimientos.
- Me gustaría participar en el primer baño de mi bebé antes de irse a casa.
- Me gustaría esperar para darle el primer baño a mi bebé en casa.

¿Qué es lo más importante para usted después de tener a su bebé (sus mayores objetivos y prioridades)?

¿Tiene alguna preferencia religiosa o cultural que sea importante para usted durante su atención posparto? Si es así, ¿qué podemos hacer para satisfacer estas necesidades?

¿Tiene alguna dieta o preferencia nutricional que debamos tener en cuenta?

Describa cualquier preferencia adicional, inquietud sobre su atención posparto u otra información que nos ayude a brindar la mejor atención posible para satisfacer sus necesidades personales.



El centro médico dispone de conexión Wi-Fi gratuita. El nombre de la red es **Salinas Valley Health**, y no se requiere contraseña.