

My Birth Plan



A birth plan is a list of preferences or wishes for your childbirth experience. It will not limit your options once you begin to experience labor. You can change your mind at any time. Since every labor and birth is different, we cannot guarantee that all your preferences will be appropriate for your delivery. We encourage you to discuss your birth plan with your doctor or midwife. We will work with you to try and keep your birth experience as close to your wishes as possible; however, the safety of you and your baby is our number one priority.

Name: _____ OB Provider: _____

Partner's Name: _____ Baby's Doctor: _____

Baby's Name: _____ Baby's Due Date: _____

For Labor:

- Dimmed Lights
- Limited Guests: _____
- I would like to be out of bed as much as possible.
- I would prefer to have a saline lock instead of IV fluids.
- I would like to use alternative pain relief options such as breathing exercises, massage, shower and position changes.
- I will ask for pain medication if I need it.
- I would like to have an epidural as soon as possible.
- I would like to be offered pain medication if you see I am uncomfortable.
- I am unsure what I want for pain relief, I will decide when I am in labor.
- I would like to use my portable music and headphones during labor.

During Delivery:

- I would like the option to deliver in other positions besides my back if possible.
- I would like to delay cord clamping for 30-60 seconds.
- I would like my partner to cut the umbilical cord.
- I would like a mirror to view my birth.
- I would like to touch my baby's head as it crowns.

Postpartum/Newborn Care:

- If my baby should need to be separated due to medical care/ treatment, I would like _____ to accompany him/her.
- I would like to be discharged as soon as possible.

Cesarean Section:

- I would like skin-to-skin contact as soon as possible.
- I would like _____ to accompany me in the operating room. (1 person)

Other Requests:

- _____
- _____

ORLANDO HEALTH[®]



**WINNIE PALMER
HOSPITAL**
For Women & Babies

(321) 843-1110

WinniePalmerHospital.com

Mi plan de nacimiento



Un plan de nacimiento es una lista de preferencias o deseos para la experiencia de nacimiento de su hijo. No limitará sus opciones una vez que comience su trabajo de parto. Puede cambiar de opinión en cualquier momento. Dado que cada trabajo de parto y nacimiento es diferente, no podemos garantizar que todas sus preferencias serán adecuadas para su parto. La alentamos a discutir su plan de nacimiento con su médico o partera. Trabajaremos con usted para tratar y mantener su experiencia de nacimiento lo más cercana posible a sus deseos; no obstante, su seguridad y la de su bebé es nuestra prioridad número uno.

Nombre: _____

Prestador de OB: _____

Nombre de la pareja: _____

Médico del bebé: _____

Nombre del bebé: _____

Fecha prevista para el nacimiento del bebé: _____

Para el trabajo de parto:

- Luces atenuadas.
- Visitas Limitadas: _____
- Me gustaría estar fuera de la cama la mayor cantidad de tiempo posible.
- Preferiría recibir fluidos por un catéter heparinizado en lugar de hacerlo por vía intravenosa.
- Me gustaría usar opciones alternativas para aliviar el dolor como ejercicios de respiración, masaje, ducha y cambios de posición.
- Pediré medicamentos para el dolor si los necesito.
- Me gustaría recibir una epidural tan pronto como sea posible.
- Me gustaría que me ofrecieran medicamento para el dolor si ven que tengo malestar.
- No estoy segura de qué quiero para aliviar el dolor, lo decidiré cuando esté en trabajo de parto.
- Me gustaría usar mi música portátil y audífonos durante el trabajo de parto.

Durante el parto:

- Me gustaría tener la opción de dar a luz en otras posiciones además de hacerlo boca arriba, si es posible.
- Me gustaría retrasar el pinzamiento del cordón umbilical por 30-60 segundos.
- Me gustaría que mi pareja corte el cordón umbilical.
- Me gustaría un espejo para ver mi parto.
- Me gustaría tocar la cabeza de mi bebé cuando corone.

Posparto/cuidado del recién nacido:

- Si se tuviera que separar a mi bebé por atención/tratamiento médico, me gustaría que _____ lo acompañe.
- Me gustaría que me den de alta lo más pronto posible.

Cesárea:

- Me gustaría tener contacto piel con piel tan pronto como sea posible.
- Me gustaría que _____ me acompañe en la sala de operaciones (1 persona)

Otros requerimientos:

- _____
- _____

ORLANDO HEALTH[®]



**WINNIE PALMER
HOSPITAL**
For Women & Babies

(321) 843-1110

WinniePalmerHospital.com