



FORMULARIO DE PROTECCIÓN Y SEGURIDAD DEL RECIÉN NACIDO

La seguridad de su bebé es muy importante para nosotros. Los siguientes puntos son guías para garantizar el mayor nivel posible de protección y seguridad para usted y para su bebé.

DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN

1. A su bebé le colocarán dos (2) brazaletes de identificación al momento de nacer. Los números del brazaletes de su bebé corresponderán exactamente con los de usted. Si por alguna razón el bebé es sacado de su cuarto, al regresarle su bebé, compararemos los números del brazaletes del bebé con los suyos.
2. No permita que nadie saque al niño de su cuarto sin la "identificación apropiada" el cual es un gafete con la fotografía, el logo de AVH con el fondo rosa (este color es específico del personal de enfermería).
3. Cuestione a las personas desconocidas que entren a su cuarto o que pregunten por su niño aunque lleven el uniforme del hospital y parezcan tener una razón para estar allí. Si usted no conoce al personal, llame a la enfermera para que le ayude.
4. ****Aspen Valley Hospital respalda el Programa de Dormir Seguro del 2011 de la Academia Americana de Pediatría, para prevenir la Muerte Súbita Infantil. La guía para un infante hasta el año de edad incluye:**
 - La necesidad de poner a dormir al bebé en su cuna boca arriba (no de lado ni boca abajo) en un trajecito de una pieza o una bolsa de dormir para bebés si un adulto despierto no lo está cargando.
 - No poner almohadones a las orillas de la cuna, juguetes, o cobijas en la cuna.
 - Nunca lo ponga a dormir en una cama de adultos.****La Academia Americana de Pediatría respalda y recomienda 24 horas compartiendo el mismo cuarto. Compartir la misma cama no es seguro ni recomendado por la Academia Americana de Pediatría ni permitido por Aspen Valley Hospital. Si tiene preguntas o si necesita asistencia con su niño, por favor llame a la enfermera.**
5. Nunca deje a su bebé solo en el cuarto. Si va a caminar por el pasillo o si toma un baño, por favor pídale a un familiar que cuide al bebé o envíe al bebé al cuerno
6. Le pedimos usar la cuna para el bebé cada vez que lo lleve por el pasillo. Cuando este fuera de su cuarto, no lleve al bebé en sus brazos. .
8. **** Evite abrigar demasiado al bebé o sobrecalentar el ambiente.**
9. Por favor llame a la enfermera en cualquier momento si se presenta alguna situación que le incomode con respecto a su bebé. Deseamos proporcionararle la mayor instrucción e información posible para que su transición para ser padres sea lo más fácil posible.
10. **** La Academia Americana de Pediatría recomienda amamantar a su bebé.**
11. Se le colocará un dispositivo de seguridad en el condón umbilical del bebé, el cual permitirá que el personal prenatal siempre pueda localizar a su bebe dentro de nuestra institución.

**** American Academy of Pediatrics. (2011, October). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/12/peds.2011-2284>**

SEGURIDAD EN CASA

Considere el riesgo que estaría tomando si permite publicar en los periódicos o en el internet el anuncio del nacimiento de su bebé. No se recomienda el uso de decoraciones externas como globos, cigüeña de madera u otros arreglos de patio anunciado la llegada del bebé.

Asegúrese de verificar las referencias de cualquier persona que usted contrate para que cuide al bebé mientras usted no esté en casa.

He leído y he entendido la información anterior y estoy de acuerdo.

Firma de la madre	Fecha	Hora
Firma de un testigo	Fecha	Hora



NEWBORN SAFETY AND SECURITY FORM

Your infant's safety is very important to us. The following are some guidelines to assure the greatest level of safety and security possible for you and your family.

DURING YOUR HOSPITAL STAY –

1. Your infant will have two (2) identification bands placed on him/her at birth. The numbers on the infant's bands will match yours exactly. If the infant leaves you for any reason, we will check to match your numbers with the infant's when he/she is returned to you.
2. Do not allow any person to remove your infant from your room without "proper identification". "Proper identification" includes a pink AVH pictured ID badge.
3. Question unfamiliar persons entering your room or inquiring about your infant, even if they are in hospital attire or seem to have a reason for being there. If you do not know the staff person, call your nurse for assistance.
4. ****Aspen Valley Hospital endorses the American Academy of Pediatrics (AAP) 2011 Safe Sleep Program to prevent SIDS. These guidelines, for any infant until one year of age, include:**
 - the need to be placed on his/her back to sleep in a crib (not on the side or stomach) in a one piece outfit or Halo Swaddle Sack, if not being held by an awake adult.
 - not placing bumper pads, toys and/or loose blankets in the crib.
 - never being placed on an adult bed to sleep.****24 hour rooming-in is endorsed and encouraged by the AAP. Bed sharing is not safe and is not recommended by the AAP or allowed at Aspen Valley Hospital. If you have questions or need assistance with your infant, please call your nurse.**
5. Never leave your infant alone in the room or on your hospital bed. If you walk in the halls or take a shower, please have a family member watch the infant or call your nurse for assistance.
6. Please use the bassinet anytime you take your infant into the hall. We ask that you do not carry the infant in your arms outside of your room.
8. ****Avoid overheating your infant with clothes or too warm of an environment.**
9. Please call the nurse any time a situation arises that you do not feel comfortable with your infant. We wish to give you as much teaching and information as possible to make your transition to parenthood as easy as possible.
10. **** The American Academy of Pediatrics recommends breastfeeding your infant.**
11. A security tag will be placed on your infant's umbilical cord. This ensure that the perinatal staff can always locate your infant within our facility.

**** American Academy of Pediatrics. (2011, October). SIDS and Other Sleep-Related Infant Deaths: Expansion of Recommendations for a Safe Infant Sleeping Environment. *Pediatrics*. Retrieved from <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/10/12/peds.2011-2284>**

SECURITY AT HOME –

Consider the risk you may be taking by permitting your infant's birth announcement to be published in the newspaper or online. Use of outdoor decorations to announce the infant's arrival such as balloons, wooden storks, and other lawn ornaments are not recommended.

Be sure to check references on anyone hired to watch your child when you are away from home.

I have read and understand the above information, and agree with this plan.

Mother's Signature	Dated	Timed
Witness Signature	Dated	Timed



OBSERVADORES EN LAS ÁREAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

1. Me han informado que podrían permitirme entrar en el área de atención al paciente pero que de la misma forma podrían pedirme salir, dado el caso que mi presencia impida el desempeño de tareas o perturbe a aquellas personas del hospital que necesariamente deben estar allí. Si este es el caso, yo aceptaré salir inmediatamente si así me lo piden.
2. Además me han informado que podrían existir ciertos riesgos para mi salud entre otros riesgos para mi persona con solo mi presencia en el área de atención al paciente; incluyendo y sin limitación a ser expuesto a enfermedades de transmisión sanguínea y partículas de aire.
3. Me han dicho que si me siento enfermo o si me desmayo, el personal presente en la sala quirúrgica que participa en el procedimiento no podrá auxiliarme a tiempo por lo que podría lastimarme al caerme.
4. Entiendo que con solo mi presencia en el área de atención al paciente y en las áreas contiguas, yo podría observar o escuchar información relacionada con los pacientes y sus situaciones médicas. Acepto mantener el carácter confidencial de tal información.
5. En consideración a permitirme en el área de atención al paciente, por medio de la presente exonero a Aspen Valley Hospital, a sus afiliados, directores, empleados y agentes de toda demanda o reclamo por cualquier tipo de perjuicios, daños o lesiones incurridos como resultado de mi presencia en el área de atención al paciente y a sabiendas de esta situación y voluntariamente, asumo todos los riesgos en conexión a mi presencia allí.

Nombre _____

Fecha _____

Hora _____

Nombre _____

Fecha _____

Hora _____

Nombre _____

Fecha _____

Hora _____

Testigo _____

Fecha _____

Hora _____



OBSERVERS IN PATIENT CARE AREAS

1. I have been advised that if I am allowed into a Patient Care Area, I will be asked to leave if I impede the ability of any Hospital persons in performing their tasks, or if my presence is for any reason disruptive I agree to leave immediately if requested to do so.
2. I have been advised that there may be certain health or other risks to me by virtue of my presence in the Patient Care Area, including but not limited to exposure to blood or airborne disease.
3. I have been advised that in the event that I should feel ill or faint, others present may be unable to come to my aid, and I may be injured if I fall.
4. I understand that by virtue of my presence in the Patient Care Area, and the surrounding areas, I may see or hear information that relates to patients and their medical situations. I agree to maintain absolute confidentiality of all such information.
5. In consideration of being allowed to be present in a Patient Care Area, I hereby release Aspen Valley Hospital, its trustees, officers, employees, and agents from any and all liability or claim for damages of any kind arising out of any harm or injury which I may sustain while in the Patient Care Area or on the premises, and I knowingly and voluntarily assume all risk in connection with my presence there.

Observer Signature

Dated

Timed

Observer Signature

Dated

Timed

Observer Signature

Dated

Timed

Witness Signature

Dated

Timed

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE UN PARTO VAGINAL

Me han explicado la siguiente información en términos generales y lo entiendo.

La naturaleza de este procedimiento es dar a luz al bebé por medio del canal de nacimiento con la posibilidad de usar fórceps o ventosas. Como parte del parto vaginal podría realizarse una episiotomía (ampliación de la apertura vaginal en el área entre la vagina y el recto).

Si el parto vaginal no tiene éxito, podría ser necesario el parto por cesárea, mediante una incisión quirúrgica administrando la anestesia apropiada.

Como resultado de los procedimientos del parto, podrían presentarse riesgos de: infección, reacción alérgica, cicatrices, pérdida de sangre, un posible malfuncionamiento del suelo pélvico, dolor e incomodidad, daños a las vías urinarias, y posibles daños al bebé (laceración, hematoma, fractura del cráneo, daños de los nervios y del cerebro).

Entiendo y acepto que podrían haber complicaciones tanto para mí como para mi bebé, incluyendo un riesgo remoto de muerte o incapacidad grave.

Entiendo que en la mayoría de los casos, la madre y el bebé resultan saludables de un parto vaginal; no obstante, reconozco que no se ofrece ninguna garantía.

Voluntariamente consiento que él/la _____ o cualquier médico/Patera Diplomada que él/ella haya designado o seleccionado, así como al personal bajo la supervisión directa y control de tal médico a que realicen los procedimientos descritos o derivados en la presente.

Firma de la paciente

Fecha

Hora

Firma de un testigo

Fecha

Hora

Firma del médico

Fecha

Hora



Vaginal Birth Informed Consent

The following has been explained to me in general terms and I understand that:

The nature of the procedure is the delivery of the infant through the birth canal with the possible use of forceps or vacuum extraction. An episiotomy (an enlarging of the vaginal opening in the space between the vagina and the rectum) may be performed as part of a vaginal delivery.

Should vaginal delivery be unsuccessful, delivery by cesarean section with an abdominal incision under appropriate anesthesia may be necessary.

As a result of the procedures for childbirth being performed, there may be risks of: infection, allergic reaction, scarring, blood loss, possible future pelvic floor dysfunction, pain and discomfort, injury to urinary tract, and possible injury to the baby (laceration, hematoma, skull fracture, nerve injury and brain injury).

I understand and accept that there are complications, including the remote risk of death or serious disability, which exists for me and my baby.

I am aware that in most cases, vaginal delivery results in a healthy mother and baby; however, I realize that there are no guarantees.

I voluntarily consent to allow _____ or any Physician/CNM designated or selected by him or her and all medical personnel under the direct supervision and control of such physician to perform the procedures described or otherwise referred to herein.

Patient Signature

Dated

Timed

Witness Signature

Dated

Timed

Physician Signature

Date

Timed