

FOR HOSPITAL USE ONLY

Room Number: _____

Mother's MRN: _____ Mother's Name: _____

Child's Date of Birth: _____ Child's MRN: _____

Multiple Delivery? Yes or No If "Yes," Child 1 of _____ # of Birth Certificate _____

PLANILLA PARA LA MADRE POR NACIMIENTO CON VIDA - a ser completada por la madre

La información que brinde a continuación se utilizará para preparar el certificado de nacimiento de su hijo/a. El certificado de nacimiento es un documento que se utilizará para fines legales para acreditar la edad, la ciudadanía y la paternidad de su hijo/a. Es muy importante que brinde información completa y precisa en cada pregunta. Además de la información utilizada para preparar el certificado de nacimiento, no se muestra en el certificado de nacimiento otra información (como educación, ocupación e industria), pero los investigadores médicos y de la salud la utilizan para estudiar y mejorar la salud de las madres y los lactantes recién nacidos.

POR FAVOR, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN CON CLARIDAD

1. ¿Cuál será el nombre legal de su bebé (tal como debería aparecer en el certificado de nacimiento)?
NO ENUMERE SOBRENOMBRES.

_____	_____	_____	_____
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

INFORMACIÓN DE LA MADRE

2. ¿Cuál es su nombre legal actual?

_____	_____	_____	_____
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

3. Dirección postal de la madre:

¿Cuál es el código postal de su dirección postal? _____

¿En qué Estado se encuentra su dirección postal? _____

¿En qué Condado se encuentra su dirección postal? _____

¿En qué Ciudad/Pueblo se encuentra su dirección postal? _____

¿Cuál es la dirección de su dirección postal? _____

¿Dicha dirección se encuentra dentro o fuera de los límites de la ciudad del lugar que indicó como Ciudad/Pueblo de su dirección postal?

_____ Dentro _____ Fuera

4. Dirección física de la madre: Se trata de la dirección donde reside físicamente – No ingrese una casilla postal en esta pregunta.

¿Esta dirección es la misma que su dirección postal? O Sí O No (En caso afirmativo, continúe con la pregunta N.º 5.)

En caso negativo, complete las siguientes preguntas:

¿Cuál es el código postal de su dirección física? _____

¿En qué Estado se encuentra su dirección física? _____

¿En qué Condado se encuentra su dirección física? _____

¿En qué Ciudad/Pueblo se encuentra su dirección física? _____

¿Cuál es la dirección de su dirección física? _____

¿Dicha dirección se encuentra dentro o fuera de los límites de la ciudad del lugar que indicó como Ciudad/Pueblo de su dirección física?

_____ Dentro _____ Fuera

5. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?	_____ _____ _____ M M D D A A A A
6. ¿Dónde nació?	Estados Unidos – Nombre del Estado _____ Territorio estadounidense – Nombre del territorio _____ Otro país – Nombre del país _____ Canadá – Nombre de la provincia _____
7. Educación de la madre -- Máximo nivel educativo (escoja uno):	☐ 8.º grado o menos ☐ entre 9.º y 12.º; sin diploma ☐ Escuela secundaria completa o Examen General de Equivalencia a los Estudios Secundarios (GED) ☐ Escuela Comercial/Técnica ☐ Nivel universitario incompleto ☐ Grado de asociado (p. ej., AA, AS,) ☐ Título de grado (p. ej., BA, AB, BS) ☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng., EMd, MSW, MBA) ☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o Título profesional (p. ej., MD, DDS DVM, LLB, JD) ☐ No sabe
8. ¿Es la madre de origen hispano?	☐ No ☐ Sí (En caso afirmativo, por favor, tilde el recuadro correspondiente) ☐ Mexicana ☐ Puertorriqueña ☐ Cubana ☐ Otro origen (especifique) _____
9. Raza de la madre: (Por favor, tilde una o más razas para indicar la que corresponda en su caso)	☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana ☐ Indoasiática ☐ India americana o nativa de Alaska, especifique la tribu: _____ ☐ India americana o nativa de Alaska de segunda generación, especifique la tribu: _____ ☐ China ☐ Filipina ☐ Japonesa ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Otra raza asiática, especifique: _____ ☐ Otra raza asiática de segunda generación, si corresponde, especifique: _____ ☐ Nativa de Hawái ☐ Guameña o chamorra ☐ Samoana ☐ Otra de las islas del Pacífico, especifique: _____ ☐ Otra de las islas del Pacífico de segunda generación, especifique: _____ ☐ Otra de primera generación, especifique: _____ ☐ Otra raza de segunda generación, si corresponde, especifique: _____
10. ¿Cuál es su Número de Seguro Social?	_____ - _____ - _____ El Número(s) de Seguro Social (SSN) del padre o la madre que realiza la presentación se exige por ley federal, 42 USC 405(c)(artículo 205(c) de la Ley de Seguro Social).

11. ¿Cuál fue su ocupación durante el embarazo? Por ejemplo: cajera, enfermera, abogada, etc.

Ocupación: _____

12. ¿En qué industria desarrolló dicha ocupación? Por favor, no indique el nombre de la empresa, sino el tipo de empresa. Por ejemplo: restaurante, banco, atención médica, servicios legales, etc.

Industria: _____

13. Peso (antes del embarazo):

_____ Libras _____ No sabe

14. Peso al momento del parto:

_____ Libras _____ No sabe

15. Altura:

_____ Pies _____ Pulgadas

16. ¿Recibió el programa WIC durante el embarazo?

☐ Sí ☐ No ☐ No sabe, no especificado

17. ¿Consumió tabaco durante los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

En caso afirmativo, ingrese la cantidad de cigarrillos diarios (1/4 paquete= 5 cigarrillos, ½ paquete= 10 cigarrillos, un paquete = 20 cigarrillos)

Trimestre anterior al embarazo	_____	_____ no sabe
Primer trimestre	_____	_____ no sabe
Segundo trimestre	_____	_____ no sabe
Tercer trimestre	_____	_____ no sabe

18. Como parte del proceso de preparación del certificado de nacimiento de su hijo/a, puede solicitar que la Administración del Seguro Social emita un Número de Seguro Social para su hijo/a. ¿Desea que se emita un Número de Seguro Social para su bebé? ☐ Sí [Por favor, firme la solicitud a continuación] ☐ No

Yo solicito que la Administración del Seguro Social asigne un número de Seguro Social al niño/a o los niños/as nombrados en esta planilla y que autorice al Centro de Estadísticas de Salud que brinde a la Administración del Seguro Social la información de este formulario que resulte necesaria para asignar un número. Comprendo que mi número de seguro social y el número de seguro social del padre estarán a disposición del Servicio de Impuestos Internos a los fines de determinar el cumplimiento normativo con el crédito tributario por ingresos del trabajo. También pueden ponerse a disposición de la División Encargada del Cumplimiento de la Manutención Infantil (Child Support Enforcement Division) para brindar asistencia con relación a las actividades para el cumplimiento de la manutención de los menores.

Firma del padre o la madre: _____

(Se requiere la firma de la Administración del Seguro Social)

19. Número de teléfono diurno con código de área, en caso de preguntas:

(_____) _____

20. ¿Cuál era su nombre antes de su primer matrimonio (su nombre de soltera)?

_____	_____	_____	_____
Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido

¿Alguna vez estuvo casada? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe

21. ¿Estaba casada al momento de concebir este niño/a, al momento del nacimiento de este niño/a o estuvo casada en algún momento entre la concepción y el nacimiento de este niño/a?

_____ Sí, casada [Por favor, continúe con la pregunta N.º 23]

_____ No, soltera [Por favor, continúe con la pregunta N.º 22]

22. Si no se encuentra casada, ¿se completará una Ratificación de paternidad? (Es decir, ¿usted y el padre firmarán un formulario de Ratificación de paternidad donde usted y el padre manifiestan que él es el padre natural de su hijo/a)? SI TIENE DUDAS, CONSULTE AL EMPLEADO DEL HOSPITAL SOBRE EL ESTABLECIMIENTO DE LA PATERNIDAD (EL PADRE LEGAL) DE SU HIJO/A.

_____ Sí, se completará una Ratificación de paternidad [Por favor, continúe con la pregunta N.º 23]

_____ No, no se completará una Ratificación de paternidad [Por favor, continúe con la pregunta N.º 32]

Si no está casada y no se ha completado una Ratificación de paternidad, no puede incluirse la información sobre el padre en el certificado de nacimiento. Se puede obtener información acerca de los procedimientos para agregar los datos del padre en el certificado de nacimiento en el Centro de Estadísticas de Salud.

INFORMACIÓN DEL PADRE:

Si está casada, responda desde la pregunta N.º 23 a la 31 por su marido, el padre legal de su hijo/a.
Si ha firmado una Ratificación de paternidad, responda desde la pregunta N.º 23 a la 31 por el hombre que también ha firmado la Ratificación de paternidad y se ha convertido en el padre legal de su hijo/a.

23. ¿Cuál es el nombre legal actual del padre de su bebé?

Primer Nombre

Segundo Nombre

Primer Apellido

Segundo Apellido

24. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre?

M M

D D

A A A A

25. ¿Dónde nació el padre?

Estados Unidos – Nombre del Estado _____

Territorio estadounidense – Nombre del territorio _____

Otro país – Nombre del país _____

Canadá – Nombre de la provincia _____

26. ¿Cuál es el Número de Seguro Social del padre? _____ - _____ - _____
El Número(s) de Seguro Social (SSN) del padre que realiza la presentación se exige por ley federal, 42 USC 405(c)(artículo 205(c) de la Ley de Seguro Social).

27. ¿Cuál fue la ocupación del padre durante el embarazo? Por ejemplo: cajero, enfermero, abogado, etc.

Ocupación _____

28. ¿En qué industria desarrolló el padre dicha ocupación? Por favor, no indique el nombre de la empresa, sino el tipo de empresa.
Por ejemplo: restaurante, banco, atención médica, servicios legales, etc.

Industria _____

29. Educación del padre -- Máximo nivel educativo (escoja uno):

- ☐ 8.º grado o menos
☐ entre 9.º y 12.º; sin diploma
☐ Escuela secundaria completa o Examen General de Equivalencia a los Estudios Secundarios (GED)
☐ Escuela Comercial/Técnica
☐ Nivel universitario incompleto
☐ Grado de asociado (p. ej., AA, AS,)
☐ Título de grado (p. ej., BA, AB, BS)
☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng., EMd, MSW, MBA)
☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o Título profesional (p. ej., MD, DDS DVM, LLB, JD)
☐ No sabe

30. ¿Es el padre de origen hispano? O No O Sí (En caso afirmativo, por favor, tilde el recuadro correspondiente)

☐ Mexicano ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro origen (especifique) _____

31. Raza del padre: (Por favor, tilde una o más razas para indicar la que corresponda en su caso)

- ☐ Blanca
☐ Negra o afroamericana
☐ Indoasiática
☐ India americana o nativa de Alaska, especifique la tribu: _____
☐ India americana o nativa de Alaska de segunda generación, especifique la tribu: _____
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otra raza asiática, especifique: _____
☐ Otra raza asiática de segunda generación, si corresponde, especifique: _____
☐ Nativo de Hawái
☐ Guameña o chamorra
☐ Samoana
☐ Otra de las islas del Pacífico, especifique: _____
☐ Otra de las islas del Pacífico de segunda generación, especifique: _____
☐ Otra de primera generación, especifique: _____
☐ Otra raza de segunda generación, si corresponde, especifique: _____

32. Firma de la madre (o del padre, si se lo nombra en el certificado de nacimiento)

Certifico que la información proporcionada en esta planilla que se utilizará para preparar el certificado de nacimiento de mi hijo/a es correcta.

Firma

Fecha

Planilla para nacimientos múltiples

Por favor, complete la siguiente página en caso de nacimientos múltiples en este parto. Por ejemplo, el segundo bebé en un parto de mellizos o gemelos o el segundo y el tercer bebé en un parto triple.

SEGUNDO BEBÉ: ¿CUÁL SERÁ EL NOMBRE LEGAL DE SU SEGUNDO BEBÉ (TAL COMO DEBERÍA APARECER EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)?

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo(Jr., III, etc.)

Para uso del hospital únicamente

Número de historia clínica _____ Fecha de nacimiento _____
(Únicamente nacimiento con vida) O LB O FDR

TERCER BEBÉ: ¿CUÁL SERÁ EL NOMBRE LEGAL DE SU TERCER BEBÉ (TAL COMO DEBERÍA APARECER EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)?

Primer nombre
Sufijo(Jr., III, etc.)

Segundo nombre

Apellido

Para uso del hospital únicamente

Número de historia clínica _____ Fecha de nacimiento _____
(Únicamente nacimiento con vida) O LB O FDR

CUARTO BEBÉ: ¿CUÁL SERÁ EL NOMBRE LEGAL DE SU CUARTO BEBÉ (TAL COMO DEBERÍA APARECER EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)?

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo(Jr., III, etc.)

Para uso del hospital únicamente

Número de historia clínica _____ Fecha de nacimiento _____
(Únicamente nacimiento con vida) O LB O FDR

QUINTO BEBÉ: ¿CUÁL SERÁ EL NOMBRE LEGAL DE SU QUINTO BEBÉ (TAL COMO DEBERÍA APARECER EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)?

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo(Jr., III, etc.)

Para uso del hospital únicamente

Número de historia clínica _____ Fecha de nacimiento _____
(Únicamente nacimiento con vida) O LB O FDR