

Hoja de Trabajo Para Certificado/Acta de Nacimiento del Niño/a

La información que proporcione a continuación será utilizada para crear el certificado/acta de nacimiento de su hijo/a. Es bien importante que usted provea información completa y correcta a **todas** las preguntas. **Por favor tenga en cuenta que los elementos en negrita son elementos que aparecerán en la copia certificada del certificado/acta de nacimiento.**

POR FAVOR IMPRIMA CLARAMENTE

- ¿Dónde fue el parto de su bebé?
 - Nació en el Hogar - ¿Planificó un parto en el hogar? Sí No
- ¿Cuál será el nombre legal de su bebé (como debe aparecer en su certificado/acta de nacimiento)?**

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Sufijo (Jr., III, etc.) _____

- Fecha de Nacimiento:** _____ **Hora de Nacimiento:** _____ AM/PM **Sexo:** _____

- ¿Usted quiere un Número de Seguro Social para su bebé? Sí No

- ¿Cuál es su nombre legal actual?**

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Sufijo (Jr., III, etc.) _____

- ¿Cuál era su nombre antes de su primer matrimonio (Nombre de soltera)?**

Nombre _____ Inicial _____ Apellido _____ Sufijo (Jr., III, etc.) _____

- ¿Cuál es su estado civil?

Nunca casada Casada Divorciada – Fecha del Divorcio: _____

Viuda – Fecha que Enviudó _____

Si usted no está casada, y no se completa/llena una declaración jurada de parentesco, información sobre el padre no puede ser incluida en el certificado/acta de nacimiento.

- ¿Cuál es su fecha de nacimiento?** _____

- ¿En qué estado, Territorio de EU, o país extranjero nació usted?** _____

- ¿Cuál es su Número de Seguro Social? _____

- ¿Cuál es el nivel *más alto* de educación que usted completo al momento del parto?

8^{vo} grado o más bajo 9^{no}-12^{ce} grado, sin diploma Graduado de Escuela Superior/Preparatoria o Diploma de Equivalencia General

Algún crédito universitario, pero no un título Grado/Título Asociado Licenciatura

Maestría Doctorado o licenciatura profesional

- ¿Cuál es la dirección residencial de su familia– esto es, donde nació el bebé?

Número y nombre de la calle: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

¿Se encuentra esta dirección en los límites de la ciudad? Sí No No se

¿Esta dirección es también su dirección postal? Sí No

¿Sí no es así, cuál es su dirección postal?

Número y nombre de la calle: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

- ¿Eres tú Español/Hispano/Latino? (Esto no aparecerá en la copia certificada)

No Si, Mexicano/a, Mexicano/a Americano/a Si, Puertorriqueño/a Si, Cubano/a
 Si, otra (i.e. Salvadoreño/a, Dominicano/a, Colombiano/a) Especifique: _____

14. **¿Cuál es su raza?** (Por favor marcar todas las que apliquen a ti)
- Blanca Negra/Africana Americana India Asiática Chino Filipino Japonés
 Coreano Guameño o Chamorro Samoano Nativo de Hawái
 Indio Americano o Nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita: _____)
 Vietnamés Otro Asiático (especifique) _____
 Otro Isla del Pacifico (especifique) _____ Otro (especifique) _____

Padre
del
Bebé o
Esposo

15. **¿Cuál es el nombre legal actual del padre/esposo/cónyuge?**
- | Nombre | Inicial | Apellido | Sufijo (Jr., III, etc.) |
|--------|---------|----------|-------------------------|
|--------|---------|----------|-------------------------|

16. **¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre/esposo/cónyuge?** _____

17. **¿En qué Estado, Territorio de EU, o país extranjero nació el padre/esposo/cónyuge?**
- _____

18. ¿Cuál es el Número de Seguro Social del padre/esposo/cónyuge? _____

19. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que el padre/esposo/cónyuge *completó*?
- 8^{vo} grado o más bajo 9^{no}-12^{ce} grado, sin diploma Graduado de Escuela Superior/Preparatoria o Diploma de Equivalencia General Algún crédito universitario, pero no un título
 Grado/Título Asociado Licenciatura Maestría Doctorado o licenciatura profesional

20. ¿Es la residencia para el padre/esposo/cónyuge la misma que la del padre 1? Sí No
Si es no, ¿dónde vive el padre/esposo/cónyuge?

Número y nombre de la calle: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

- a. ¿Es la dirección postal la misma? Sí No
b. ¿Si es no, cual es la dirección postal del padre/esposo/cónyuge?

Número y nombre de la calle: _____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

21. ¿Es el padre/esposo/cónyuge Español/Hispano/Latino? (Esto no aparecerá en la copia certificada)
- No Sí, Mexicano, Mexicano Americano Sí, Puertorriqueño Sí, Cubano
 Sí, otra (i.e. Salvadoreño, Dominicano, Colombiano) Especifique: _____

22. **¿Cuál es la raza del padre/esposo/cónyuge?**
- Blanca Negro/Africano Americano Asiático Indio Chino Filipino Japonés
 Coreano De Guam o Chamorro Samoano Nativo de Hawái
 Indio Americano o Nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita: _____)
 Vietnamés Otro Asiático (especifique) _____
 Otro Isla del Pacifico (especifique) _____ Otro (especifique) _____

Madre
Biológica

23. ¿Recibió usted WIC porque estaba embarazada de este niño/a? Sí No

24. ¿Tenía usted seguro para este embarazo?
- Medicaid Seguro Privado Tricare Sin cobertura Otro _____

25. ¿Cuál es la fecha de su *primera* visita pre-natal? _____

26. ¿Cuál es la fecha de su *última* visita pre-natal? _____

27. ¿Cuántas visitas pre-natales *en total* tuvo usted? _____

28. ¿Cuántos nacimientos vivos usted ha tenido previo a este parto? _____
- a. ¿Cuántos de esos nacimientos vivos previos han fallecido desde entonces? _____
- b. ¿Cuál fue la fecha de su último nacimiento vivo? _____
29. ¿Cuántos embarazos previos resultaron en aborto espontáneo/aborto? _____
- a. ¿Cuál fue la fecha del suceso más reciente? _____
30. ¿Tenía usted alguno de los siguientes factores de riesgo durante este embarazo?
- Diabetes - Pre-embarazo Gestacional
- Hipertensión - Pre-embarazo Gestacional Eclampsia Nacimiento pre-termino previo
- Otro resultado previo de embarazo pobre
- El embarazo es resultado de tratamiento para infertilidad:
- Medicamentos para mejorar la fertilidad Tecnología reproductiva asistida
- La madre tuvo partos anteriores por cesárea: ¿Cuántos? _____
- Ninguno de los anteriores
31. ¿Cuál es su talla/estatura? _____ Pies _____ Pulgadas
32. ¿Cuál era su peso antes de su embarazo? _____ lbs.
33. ¿Cuál era su peso a la hora del parto? _____ lbs.
34. ¿Cuál fue la fecha de su último ciclo menstrual normal? _____
35. ¿Tuvo alguna de las siguientes infecciones presentes y / o tratadas durante este embarazo?:
- Gonorrea Sífilis Clamidia Hepatitis B Hepatitis C Ninguna
36. ¿Te hicieron la prueba para HBsAg? Sí No Fecha: _____; Positivo Negativo
37. ¿Te hicieron alguno de los siguientes procedimientos obstétricos?:
- Cerclaje Cervical Tocólisis Versión cefálica externa Ninguno
38. Número promedio de cigarrillos la madre fumo por día: Ninguno
- 3 Meses antes del embarazo: _____ Trimestre 1: _____, 2: _____ 3: _____
39. ¿Experimentó usted alguno de los siguientes inicios de trabajo de parto:
- Ruptura prematura de las membranas Trabajo de parto precipitado/rápido Trabajo de parto prolongado
- Ninguno de los anteriores
40. ¿Experimentó usted alguno de los siguientes durante trabajo de parto y parto:
- Inducción de trabajo de parto Aumento del trabajo de parto Presentación sin vértice
- Esteroides para la maduración pulmonar fetal recibidos por la madre antes del parto
- Antibióticos recibidos por la madre durante el parto
- Corioamnionitis clínica diagnosticada por el encargado del parto
- Tinción de meconio moderada / copiosa del líquido amniótico
- Intolerancia fetal al trabajo de parto Epidural durante el trabajo de parto Ninguna de las anteriores
41. ¿Se intentó el parto con los fórceps pero sin éxito? Sí No
42. ¿Se intentó el parto con extracción al vacío pero sin éxito? Sí No
43. ¿Cuál fue la presentación fetal en el nacimiento: Cefálico De nalgas Otro
44. ¿Cuál fue la vía final y método del parto:
- Vaginal/espontaneo Vaginal/Fórceps Vaginal/Vacío
- Cesárea – se intentó el parto? Sí No

**Recién
Nacido**

45. ¿Experimentó alguna de las siguientes complicaciones?:
 Transfusión materna 3^{er} o 4^{to} grado de laceración perineal Ruptura del útero
 Histerectomía no planificada Admisión al ICU Procedimiento no planificado en sala de operaciones
 Ninguno de los anteriores
46. ¿Cuál fue el peso del bebé al nacer? _____
47. Estimación obstétrica de la gestación (*semanas completadas*): _____
48. Puntaje de APGAR: a los 5 minutos _____ a los 10 minutos (si 5 min <6) _____
49. Condición anormal del recién nacido:
 Se requirió ventilación asistida inmediatamente después de nacer
 Se requirió ventilación asistida por >6 horas Admisión a NICU
 Se le dio terapia de reemplazo con surfactante al recién nacido Se le dio antibióticos al recién nacido para sepsis
 Convulsiones o disfunción neurológica grave Lesión grave al nacer Ninguna de las anteriores
50. Anomalías Congénitas:
 Anencefalia Espina Bífida Enfermedad cardíaca congénita cianótica
 Hernia diafragmática congénita Hernia umbilical Gastroquisis Defecto de reducción de extremidad
 Labio leporino o con paladar Fisura Palatina solamente
 Síndrome de Down – Cariotipo confirmado Cariotipo pendiente
 Sospecha de trastorno cromosómico - Cariotipo confirmado Cariotipo pendiente
 Hipostasias Ninguno de los anteriores
51. Fue el bebé: transferido durante 24 horas? Sí No Centro/Hospital: _____
a. ¿Se amamantó al nacer? Sí No
b. ¿Se vacunó con Hep B? Sí No; Fecha: _____
52. ¿El bebé vive al momento de este reporte? Sí No

Firma _____
Relación con el niño/a: _____ Fecha: _____
Teléfono: _____ o _____