

# 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<sup>vo</sup> grado o más bajo  9<sup>no</sup>-12<sup>ce</sup> 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<sup>vo</sup> grado o más bajo  9<sup>no</sup>-12<sup>ce</sup> 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<sup>er</sup> o 4<sup>to</sup> 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 \_\_\_\_\_