

Si Usted respondió "NO" a preguntas 16a y 16b, padres se pueden añadir información sobre el padre al certificado de nacimiento de este niño si Ustedes completan un forma de Reconocimiento de Paternidad. Por favor solicitar un forma del Oficinista de Archivos Medicales.

¿Los padres han cumplido un forma de "Reconocimiento de Paternidad"? SÍ NO

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE:

Complete Información sobre el Padre (preguntas 17 por 23) sólo si Usted respondió "SÍ" a preguntas 16a y 16b **O** si los dos padres han cumplido el forma "Reconocimiento de Paternidad">

19. **NOMBRE DEL PADRE:** _____
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

20. **FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE:** _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

21. **LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE:** _____ , _____ , _____
 Ciudad o Pueblo Estado País

22. **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE (Opcional):** _____ - _____ - _____
 Responda por favor a LOS DOS, pregunta 23 y 24.

23. **¿ES EL PADRE HISPANO?** SÍ NO
 Si "SÍ", marque uno abajo.
 Español
 Mexicano
 Puertorriqueño
 Cubano
 Otro: _____

24. **RAZA DEL PADRE: Marque uno abao.**
 Blanco
 Negro o Americano Africano
 Asiático, Isleño Pacifico
 Indo Americano o Alaska Nativo
Especifique Tribu: _____
 Otro: _____

25. **EDUCACIÓN DEL PADRE: Haga un círculo alrededor del grado más alto cumplido**
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED 13 14 15 16 17+

HISTORIA DEL EMBARAZO:

26. **NOMBRE DEL DOCTOR:** _____
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

27. **¿No incluyendo este bebé, ha producido antes de este bebé?** SÍ NO
 Fecha de último nacimiento _____ / _____ / _____
 vivo: Mes Día Año

¿No incluyendo este bebé, cuántos bebés o niños viven ya? Número: _____
 ¿No incluyendo este bebé, cuántos bebés o niños han muerto? Número: _____
 ¿En cualquier tiempo, ha tenido un malparto, nacido muerto o aborto? SÍ NO

Si "SÍ," fecha de último evento: _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

28. **Fecha que su última período comenzó:** _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

29. **¿Durante cuál mes de este embarazo vio Usted un doctor por la primera vez? (Haga un círculo.)**
 1° mes 2° mes 3° mes 4° mes 5° mes 6° mes 7° mes 8° mes 9° mes Nunca Desconocido

30. **¿Durante este embarazo, cuántas veces visitó Usted a un doctor?** Número: _____ Visitas
 31. **¿Durante este embarazo, cuántas libras ha puesto?** Número: _____ Libras
 32. **¿Durante este embarazo, ha fumado cigarillos?** SÍ NO Número: _____ Por día
 33. **¿Durante este embarazo, ha tomado bebidas de alcohol?** SÍ NO Número: _____ Por semana

FIRMA DE LA MADRE: _____ **FECHA:** _____

DEVUELVA LA OJA INFORMATICA CUMPLIDA AL OFICINISTA DE ARCHIVOS MEDICALES DEL HOSPITAL



OJA INFORMATICA POR LA MADRE POR LA ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO

Esta oja es SÓLO por información. NO es un certificado de nacimiento.

ESTAR CUMPLIDA POR LA MADRE (O PADRE). ESCRIBA CON LETRAS DE MOLDE.

DEVUELA LA OJA INFORMATICA CUMPLIDA AL OFICINISTA DE ARCHIVOS MEDICALES DEL HOSPITAL

1. Quiero a rogar un número de seguro social por mi niño. Sí No

2. Quiero a incluir el nombre de mi niño en el registro estado de vacunación. Sí No

Si Usted respondió "Sí", se puede seguir la pista más facilmente de las vacunas de su niño.

Note que su niño será incluido automaticamente si Usted no marque "NO".

INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO O NIÑA: Escriba el nombre como aparecerá en la acta de nacimiento.

3. NOMBRE DEL NIÑO O NIÑA: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

4. FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

5. SEXO: Niño Niña 6. PESO AL NACER: _____ gramas / _____ libras

7. SI NACIMIENTO MULTIPLE, ESTE BEBÉ ES: 1° 2° 3° OTRO 8. TIEMPO DE NACIMIENTO: _____ : _____ AM PM

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE:

9. SU NOMBRE COMPLETO: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido (Apellido antes de primer matrimonio)

10. SU FECHA DE NACIMIENTO: _____ / _____ / _____
Mes Día Año

11. SU LUGAR DE NACIMIENTO: _____, _____, _____
Ciudad o Pueblo Estado Pais

12. SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (Optional): _____ - _____ - _____

13. SU DIRECCIÓN DE LA RESIDENCIA: Su calle, no su casilla postal

Número y Calle

Ciudad o Pueblo Condado Estado Código Postal

14. DIRECCIÓN POSTAL: Complete SÓLO si es diferente de la dirección de la residencia.

Dirección Postal

Ciudad o Pueblo Condado Estado Código Postal

Responda por favor a LOS DOS, pregunta 15 y pregunta 16.

15. ¿ES USTED HISPANO? SÍ NO
 Si "SÍ", marque uno abajo.
 Español
 Mexicano
 Puertorriqueño
 Cubano
 Otro (especifique): _____

16. RAZA DE LA MADRE: Marque uno abajo.
 Bianco
 Negro o Americano Africano
 Asiático, Isleño Pacifico
 Indio Americano o Alaska Nativo
Especifique Tribu: _____
 Otro (especifique): _____

17. SU EDUCACIÓN: Haga un círculo alrededor del grado más alto cumplido
 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 12 GED 13 14 15 16 17+1

18a. ESTADO CIVIL: ¿Está casado actualmente? SÍ NO

18b. ¿SÍ NO ESTÁ CASADO ACTUALMENTE, ESTABA CASADO A CONCEPCIÓN O DURANTE ESTE EMBARAZO? SÍ NO

