

El certificado de nacimiento de su bebé (Centro de Estadísticas de Salud)

Complete esta hoja de trabajo y devuélvala al personal del hospital antes de abandonar el hospital. La información recopilada en esta hoja de trabajo se utiliza para completar el certificado de nacimiento legal de su bebé, cumplir con las leyes federales y de Oregon y recopilar información que se utiliza para la salud pública.

Responda a todas las preguntas.

Proporcione información correcta para el certificado de nacimiento de su bebé

Es importante que proporcione los nombres, fechas y lugares de nacimiento **correctos**. Escriba los nombres completos y asegúrese de que la escritura del nombre del bebé, de la madre y del otro progenitor es **exactamente** la que desea que aparezca en el certificado de nacimiento. *Si aún no ha decidido el nombre de su hijo, deje este campo en blanco. El nombre que escriba quedará registrado como nombre legal de su hijo.*

El certificado legal de nacimiento no se expide automáticamente.

Puede solicitar una copia certificada de la partida de nacimiento en la oficina de registro civil de su condado (*en los seis meses siguientes al nacimiento*) o en el Centro de Estadísticas de Salud del Estado. Cada certificado tiene un costo de \$25. Se pueden aplicar otras tarifas.

Recomendamos a los progenitores que soliciten una copia certificada del acta de nacimiento durante el primer año para confirmar que la información, incluida la escritura, es correcta.

Corrección de la partida de nacimiento de su bebé

Si se necesita una corrección, comuníquese con la oficina del Estado para recibir instrucciones. Visite la opción "Change a Record" (Modificar un registro) del menú en nuestro sitio web en HealthOregon.org/chs o llámenos al 971-673-1190. Transcurrido un año desde el nacimiento, los requisitos para realizar modificaciones son más complicados y requieren el pago de una tarifa de modificación de \$35.

Información obligatoria por la ley federal

La ley federal exige que se recopilen los números de Seguro Social de los progenitores en el momento del nacimiento. Esta información es únicamente a efectos de manutención infantil y no se incluye en el certificado de nacimiento.

Información para la salud pública

Hay muchas preguntas en la hoja de trabajo que no aparecerán en el certificado de nacimiento de su hijo. La información que comparte es anónima y se combina con otras actas de nacimiento de Oregon. Cada pregunta tiene un objetivo. La información combinada se utiliza para saber qué problemas tienen las mujeres durante el embarazo. También ayuda a la Oregon Health Authority a evaluar la equidad de salud, decidir qué servicios ofrecer, evaluar la distribución de la financiación de la salud pública y determinar los niveles de necesidad entre grupos de mujeres. Por eso le solicitamos información sobre la raza, la etnicidad, el idioma y la discapacidad (Race, Ethnicity, Language and Disability, REALD), así como información sobre su formación, número de visitas prenatales y otras preguntas específicas. Compartir sus datos con nosotros no afectará a ningún beneficio que reciba del Estado. Puede encontrar un video con información sobre REALD en: youtu.be/yuTZhMm0VsA.

La información de contacto (nombre, dirección y número de teléfono) puede divulgarse para investigaciones de salud pública. Cualquier investigación de este tipo tiene requisitos estrictos para contactarse con las personas e informarles de sus derechos en el marco del proyecto, incluido el derecho a negarse a participar. La información de contacto también puede divulgarse a organismos del Estado con el fin de informar a los progenitores de oportunidades y programas relevantes para su hijo.

Hoja de trabajo para progenitores sobre el acta de nacimiento

Please print neatly in English.



**OREGON
HEALTH
AUTHORITY**

Información del niño

1. Nombre legal del niño; exactamente como desea que aparezca en el certificado de nacimiento:				
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Otro nombre</i>	<i>Apellido (escriba todos los apellidos en esta casilla)</i>	<i>Sufijo (por ejemplo: Jr/II)</i>
2. Fecha de nacimiento ____/____/____ MM DD AAAA		3. Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indefinido <input type="checkbox"/> X		4. ¿Desea solicitar un número de Seguro Social para el niño? (Si la respuesta es afirmativa, complete la autorización adjunta para establecer el número de Seguro Social al nacer). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Madre biológica (la persona que tuvo al bebé)

5. Nombre legal de la madre:			
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido (escriba todos los apellidos en esta casilla)</i>	<i>Sufijo</i>
6. Nombre legal de la madre antes del primer matrimonio/nombre legal al nacer: <input type="checkbox"/> El mismo que el nombre legal actual			
<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Sufijo</i>
7. Fecha de nacimiento ____/____/____ MM DD AAAA	8. Número de Seguro Social: ____-____-____ <input type="checkbox"/> Marque si la respuesta es "Nada de esto".		9. Lugar de nacimiento (estado/territorio y país):

Dirección de la madre biológica

10. Dirección de residencia de la madre:					
<i>Dirección postal; apartado de correos</i>	<i>Apartamento/Unidad/Espacio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Condado</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
11. Dirección postal de la madre, si es diferente:					
<i>Dirección postal; apartado de correos</i>	<i>Apartamento/Unidad/Espacio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Condado</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
12. ¿Reside dentro de los límites urbanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		13. N.º de teléfono principal:		14. N.º de teléfono secundario:	

Información demográfica de la madre biológica

15. ¿Cuál es el nivel de formación más alto de la madre?		
<input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos; sin título	<input type="checkbox"/> Maestría
<input type="checkbox"/> De 9.º a 12.º grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Título técnico	<input type="checkbox"/> Doctorado o título académico profesional
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o Diploma de Educación General (General Educational Development, GED)		<input type="checkbox"/> Licenciatura

Raza o etnicidad: complete ambas preguntas (16 y 17)

16. ¿Cómo identifica la madre su raza, etnicidad, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

17a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o etnicidad de la madre? **Marque todas las opciones que correspondan.**

Si seleccionan *Otro* o *Aborígen de América del Norte y nativo de Alaska*, proporcione información adicional en el espacio destinado a *Especifique* o *Especifique tribus*.

Persona hispana y latina:

- Centroamericano
 - Mexicano
 - Sudamericano
 - Cubano
 - Puertorriqueño
 - Otra persona hispana o latina
Especifique
-

Nativo hawaiano e isleño del Pacífico:

- Chamoru (Chamorro)
 - Marshalés
 - Comunidades de la región de Micronesia
 - Nativo hawaiano
 - Samoano
 - Otro origen de las Islas del Pacífico
Especifique
-

Blanco:

- De Europa del Este
 - Eslavo
 - De Europa Occidental
 - Otro origen blanco
Especifique
-

Aborígen de América del Norte y nativo de Alaska:

- Aborígen de América del Norte
 - Nativo de Alaska
 - Inuit, métis o de las Primeras Naciones de Canadá
 - Indígena de México, América Central o América del Sur
Especifique tribus
-

Negro y afroamericano:

- Afroamericano
 - Afrocaribeño
 - Etíope
 - Somalí
 - Otro africano (negro)
Especifique
-
- Otro origen negro
Especifique
-

De Oriente Medio/Norte de África:

- De Oriente Medio
- Del Norte de África

Asiático:

- Asiático indio
 - Camboyano
 - Chino
 - Comunidades de Birmania
 - Filipino
 - Hmong
 - Japonés
 - Coreano
 - Laosiano
 - Sudasiático
 - Vietnamita
 - Otro asiático
Especifique
-

No se menciona, especifique:

Opciones de exclusión:

- No lo sé
- Prefiero no responder

17b. Si la madre marcó **más de una** categoría de identidad racial o etnicidad, ¿hay **alguna** que considere su identidad racial o etnicidad **principal**?

- Sí. **Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo la identidad racial o etnicidad principal de entre las opciones indicadas anteriormente.**
- No tienen una identidad racial o etnicidad principal.
- No. Se identifican como birracial o multirracial.
- N/C. Marcaron una sola categoría.
- No lo sé.
- Prefiero no responder.

Please print neatly in English.

Idioma					
18a. ¿Qué idioma o idiomas habla la madre en su hogar?					
<p><i>Si el idioma o idiomas que se hablan en casa son únicamente el inglés, el lenguaje de señas americano o el lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y pase a la sección "Limitaciones funcionales de la madre".</i></p>					
18b. ¿Qué idioma prefiere usar la madre para comunicarse (<i>en persona, por teléfono, de manera virtual</i>) con alguien fuera de su hogar sobre temas importantes, como información médica, legal o de salud?					
18c. ¿Qué idioma prefiere usar la madre para leer información importante escrita, como información médica, legal o de salud?					
18d. ¿Qué nivel de inglés tiene la madre?					
<input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> No muy bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Limitaciones funcionales de la madre					
Las respuestas de la madre nos ayudarán a encontrar diferencias en salud y servicios entre personas con y sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.	Sí Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección? <i>Escriba "0" si es desde el nacimiento hasta la edad de 1 año.</i>	No	No lo sé	Prefiero no responder	No entiendo la pregunta
19. ¿Es sorda o tiene dificultades auditivas?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. ¿Es ciega o tiene serias dificultades para ver, incluso con anteojos?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. ¿Tiene dificultades para andar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. ¿Tiene dificultades graves para aprender cómo hacer las tareas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Al usar su idioma habitual (<i>tradicional</i>), ¿tiene dificultades graves para comunicarse (<i>por ejemplo, para entender a los demás o que les entiendan</i>)?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda a las preguntas 26 y 27 únicamente si tiene 15 años o más.					
26. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para realizar diligencias sola, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. ¿Tiene dificultades graves con su estado anímico, sentimientos intensos, control de su comportamiento, o tienen delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please print neatly in English.

Salud de la madre biológica

28. ¿Recibió alimentos para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC) para ella durante el embarazo?
 Sí No

29. Estatura ____ pies ____ pulg.	30a. Peso (antes del embarazo) _____ lb	30b. Peso (al momento del parto) _____ lb
--	---	---

32. ¿Ha bebido alcohol durante el embarazo?
 Sí; ¿cantidad promedio de bebidas a la semana? ____
 No

31. Consumo diario de cigarrillos

Marque si la respuesta es “Nada de esto”.

3 meses *antes* del embarazo Cantidad de cigarrillos: ____

Primer trimestre de embarazo Cantidad de cigarrillos: ____

Segundo trimestre de embarazo Cantidad de cigarrillos: ____

Tercer trimestre de embarazo Cantidad de cigarrillos: ____

33a. ¿Planeaba dar a luz en casa o en un centro de maternidad independiente (*excluida la maternidad del hospital*)?
 Sí No

33b. Si la respuesta es afirmativa, el tipo de asistente principal previsto al inicio del parto era:

- Partera tradicional Partera certificada Naturópata
 Médico Partera de ingreso directo con licencia

Relación legal de los progenitores

34a. ¿Tenía la madre un cónyuge legal o una pareja de hecho registrada en Oregon en el momento de la concepción, en el momento del parto o en los 300 días anteriores al parto?

Elija uno:

- Sí, la madre estaba casada en el momento de la concepción, en el momento del parto o en los 300 días anteriores al parto.
 Sí, la madre formaba parte de una pareja de hecho registrada en Oregon en el momento de la concepción, en el momento del parto o en los 300 días anteriores al parto.
 No, la madre no estaba casada en el momento de la concepción, del parto o en los 300 días anteriores al parto.

34b. Si la madre ha respondido “**No**” a la pregunta anterior, ¿firmarán la madre y el padre un reconocimiento de paternidad para establecer la paternidad legal en este momento?

- Sí No, dejar en blanco los datos del padre en el acta de nacimiento

Copias certificadas de actas de nacimiento

Los progenitores pueden solicitar que en el certificado de nacimiento de su hijo conste el formato “Madre/Padre” o “Progenitora/Progenitor”.

35. Deseo recibir: Madre/Padre Progenitora/Progenitor

(Complete esta sección únicamente si ha respondido “Sí” a alguna de las preguntas de la sección “Relación legal de los progenitores” y desea incluir al padre/segundo progenitor en el certificado de nacimiento. Si la madre está casada, entonces **solo** puede incluir a su cónyuge o pareja de hecho registrada en Oregon para el apartado “Progenitor/segundo padre”).

36. Nombre del padre/segundo progenitor:

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido (escriba todos los apellidos en esta casilla)

Sufijo (por ejemplo: Jr/II)

37. Fecha de nacimiento

____/____/____
 M M D D A A A A

38. Número de Seguro Social:

____-____-____
 Marque si la respuesta es “Nada de esto”.

39. Lugar de nacimiento (*estado/territorio y país*):

Información demográfica del padre/segundo progenitor

40. ¿Cuál es el nivel de formación más alto del padre/segundo progenitor?

- 8.º grado o inferior Estudios universitarios incompletos; sin título Maestría
 De 9.º a 12.º grado; sin diploma Título técnico Doctorado o título académico profesional
 Diploma de escuela secundaria o GED Licenciatura

Raza o etnicidad: complete ambas preguntas (41 y 42)

➔ 41. ¿Cómo identifica el padre/segundo progenitor su raza, etnicidad, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

➔ 42a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o etnicidad del padre/segundo progenitor?

Marque todas las opciones que correspondan.

Si seleccionan *Otro* o *Aborígen de América del Norte* y *nativo de Alaska*, proporcione información adicional en el espacio destinado a *Especifique* o *Especifique tribus*.

Persona hispana y latina:

- Centroamericano
 Mexicano
 Sudamericano
 Cubano
 Puertorriqueño
 Otra persona hispana o latina
Especifique

Nativo hawaiano e isleño del Pacífico:

- Chamoru (Chamorro)
 Marshalés
 Comunidades de la región de Micronesia
 Nativo hawaiano
 Samoano
 Otro origen de las Islas del Pacífico
Especifique

Blanco:

- De Europa del Este
 Eslavo
 De Europa Occidental
 Otro origen blanco
Especifique

Aborígen de América del Norte y nativo de Alaska:

- Aborígen de América del Norte
 Nativo de Alaska
 Inuit, métis o de las Primeras Naciones de Canadá
 Indígena de México, América Central o América del Sur
Especifique tribus

Negro y afroamericano:

- Afroamericano
 Afrocaribeño
 Etíope
 Somalí
 Otro africano (negro)
Especifique

 Otro origen negro
Especifique

De Oriente Medio/Norte de África:

- De Oriente Medio
 Del Norte de África

Asiático:

- Asiático indio
 Camboyano
 Chino
 Comunidades de Birmania
 Filipino
 Hmong
 Japonés
 Coreano
 Laosiano
 Sudasiático
 Vietnamita
 Otro asiático
Especifique

No se menciona, especifique:

Opciones de exclusión:

- No lo sé
 Prefiero no responder

42b. Si el padre/segundo progenitor marcó **más de una** categoría de identidad racial o etnicidad, ¿hay **alguna** que consideren su identidad racial o etnicidad **principal**?

- Sí. **Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo la identidad racial o etnicidad principal de entre las opciones indicadas anteriormente.**
 El padre/segundo progenitor tiene una identidad racial o etnicidad principal.
 No. El padre/segundo progenitor se identifica como birracial o multirracial.
 N/C. El padre/segundo progenitor marcó una sola categoría.
 No lo sé.
 Prefiero no responder.

Please print neatly in English.

Idioma

43a. ¿Qué idioma o idiomas habla el padre/segundo progenitor en su hogar?

Si el idioma o idiomas que se hablan en casa son únicamente el inglés, el lenguaje de señas americano o el lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y pase a la sección "Limitaciones funcionales del padre/segundo progenitor".

43b. ¿Qué idioma prefiere usar el padre/segundo progenitor para comunicarse (*en persona, por teléfono, de manera virtual*) con alguien fuera de su hogar sobre temas importantes, como información médica, legal o de salud?

43c. ¿Qué idioma prefiere usar el padre/segundo progenitor para leer información importante escrita, como información médica, legal o de salud?

43d. ¿Qué nivel de inglés tiene el padre/segundo progenitor?
 Muy bueno Bueno No muy bueno Malo No lo sé Prefiero no responder

Limitaciones funcionales del padre/segundo progenitor

Las respuestas del padre/segundo progenitor nos ayudarán a encontrar diferencias en salud y servicios entre personas con y sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.	Sí Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección? <i>Escriba "0" si es desde el nacimiento hasta la edad de 1 año.</i>	No	No lo sé	Prefiero no responder	No entiendo la pregunta
44. ¿Es sordo o tiene dificultades auditivas?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. ¿Es ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso con anteojos?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. ¿Tiene dificultades para andar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49. ¿Tiene dificultades graves para aprender cómo hacer las tareas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50. Al usar su idioma habitual (<i>tradicional</i>), ¿tiene dificultades graves para comunicarse (<i>por ejemplo, para entender a los demás o que les entiendan</i>)?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda a las preguntas 51 y 52 únicamente si el padre/segundo progenitor tiene 15 años o más.					
51. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para realizar diligencias solo, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52. ¿Tiene dificultades graves con su estado anímico, sentimientos intensos, control de su comportamiento, o tienen delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please print neatly in English.

Prenatal

53. Principal método de pago Pago autónomo Otros organismos gubernamentales
 Medicaid/Plan de Salud de Oregon Servicio de salud indígena Otro: _____
 Seguro privado Champus/Tricare

54. Fecha de la última menstruación (*fecha del último período*):
_____/_____/_____
M M D D A A A A

55. Fecha de la primera visita prenatal:
_____/_____/_____
M M D D A A A A Cantidad total de visitas: _____

56. Nacimientos vivos anteriores (*sin incluir a este bebé*):
Cantidad con vida hasta la actualidad: _____ Cantidad de fallecidos hasta la actualidad: _____
Fecha del último nacido vivo: ____/____/_____
M M D D A A A A

57. Otras situaciones de embarazo (*interrupciones espontáneas o inducidas o embarazo ectópico*):
Cantidad combinada de otras situaciones: _____ Fecha de alguna otra situación: ____/____/_____
M M D D A A A A

Informante (persona que proporciona la información)

58a. Madre biológica Padre/segundo progenitor registrado Otro (*especifique la relación*): _____

58b. Nombre del informante (*Si no es uno de los progenitores*):

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

59. Certifico que la información proporcionada en este formulario, con el propósito de completar el acta de nacimiento, es precisa de acuerdo a mi entendimiento.

Firma del informante

Fecha de la firma

