

El acta de nacimiento de su bebé

Por favor de completar el planilla y regresarlo al personal del hospital. **Por favor contesta cada pregunta** a lo mejor de su conocimiento. La información recopilada de este planilla se utiliza para el parte legal del acta de nacimiento de su bebé, cumplir con los requisitos de la ley federal y reúna la información médica que se utiliza para la salud pública.

Ten cuidado de proporcionar correcta la información para el acta de nacimiento de su bebé– Es muy importante que usted le da los nombres, fechas de nacimiento y lugares de nacimiento correctamente. Por favor utilice nombres completos y asegúrese de que el ortografía de los nombres son exactamente como usted quiere que este en el acta.

Por favor tomar en cuenta:

El acta de nacimiento legal no esta automaticamente solicitado por usted.

Usted puede solicitar una copia certificada del acta de nacimiento por el Oficina del Registro Civil del Condado (entre los primeros 6 meses de nacimiento) o por el oficina del Registro Civil del Estado.

Ordenando copias certificadas del acta de nacimiento – Recomendamos que los padres **ordena un copia certificada del acta de nacimiento durante el primer año de nacimiento**. La primera vez que usted pide una copia certificada del acta de nacimiento, por favor confirme que la información, incluyendo el ortografía, es correcta.

Corrección de acta de nacimiento de tu bebé – Si usted necesita instrucciones para corregir un acta por favor manda un pedido por fax o correo al oficina del Estado. Oregon Vital Records, PO Box 14050, Portland, OR 97239-0050; Fax # 971-673-1201. Para mas instrucciones visita: <http://healthoregon.org/chs>

El mejor tiempo para encontrar y corregir errores en el acta de nacimiento es dentro del primer año del nacimiento de su bebé. Después de un año del nacimiento los requisitos para cambiar o corregir el acta son mas complicados y normalmente requiere una tarifa de \$30.

Recopilar la información que requiere la ley federal - La ley federal requiere que se tomen los números de seguridad social de los padres en el momento del nacimiento. Esta información sólo se usaría para hacer cumplir la ley de manutención y no figura en el acta de nacimiento.

Información médica utilizada para la salud pública - En el formulario “Acta de Nacimiento Vivo” (archivado por el hospital) hay muchas preguntas cuyas respuestas no aparecerán en el acta de nacimiento de su hijo. Los datos que usted da se combinan con los de otros nacimientos en Oregon para saber qué servicios de salud se usaron, qué problemas tienen las mujeres durante el embarazo, y qué resultados de salud ocurren en Oregon. Esta información ayuda a las agencias a decidir los servicios que van a ofrecer y a conocer los niveles de necesidad de distintos grupos de mujeres. Por esta razón pedimos información sobre raza, etnia, educación, número de visitas prenatales y muchas otras preguntas detalladas.

Con poca frecuencia, información de contacto (nombre, dirección y número de teléfono) podría ser lanzado para investigación en salud pública. Cualquier investigación de este tipo tiene requisitos estrictos para ponerse en contacto con la gente y decirle a la gente de sus derechos bajo el proyecto, incluyendo el derecho a negarse a participar.

Gracias por su ayuda.

**Planilla de los padres
PARA EL ACTA DE NACIMIENTO**

(Página 1 de 2)

CHILD

Nombre legal del niño, como quiere que aparezca en el acta de nacimiento
 Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento / / MM DD AAAA
 Sexo Masculino Femenino Indeterminado
 ¿Quiere que se emita un número de Seguro Social para su hijo?
 (complete attached authorization to establish social security number at birth)
 Sí No

MADRE BIOLÓGICA

Nombre legal actual
 Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo Apellido Sufijo

Nombre legal antes del primer matrimonio (nombre de soltera) Igual que el nombre legal actual
 Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento / / MM DD AAAA
 Número de Seguro Social Ninguno
 Lugar de nacimiento Estado o provincia canadiense País

DIRECCIÓN Y NÚMERO DE TELÉFONO DE LA MADRE BIOLÓGICA

Domicilio Calle, número de apartamento o unidad Ciudad Condado Estado/País Código postal

Dirección postal (si es diferente) Calle o apartado postal, incluyendo número de apartamento o de unidad Ciudad Condado Estado/País Código postal
 Igual que el domicilio

¿Se encuentra dentro de los límites de la ciudad? Sí No
 Número de teléfono primario Número de teléfono secundario

ATRIBUTOS DE LA MADRE BIOLÓGICA

Educación: ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó?
 8^{vo} grado o menos Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)
 9^{no} – 12^{vo} grado; sin diploma Título de grado (por ejemplo, BA, BS, AB)
 Diploma de escuela preparatoria o GED Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEd, MSW, MBA)
 Algunos créditos de universidad pero sin título Doctorado (por ejemplo PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

Etnia: ¿Es de origen hispano? (Marque uno o más; no deje en blanco.)
 No, no soy española/hispana/latina Sí, puertorriqueña Sí, otro origen española/hispana/latina (especificar)
 Sí, mexicana, mexico-americana, chicana Sí, cubana Desconocido

Raza o razas de la madre: (Por favor marque una o más razas para indicar el grupo al que usted considera que pertenece.)
 Blanca Filipina Guameña o Chamorra
 Negra o afroamericana Japonesa Samoana
 Indígena americana o nativa de Alaska Coreana Otra de las islas del Pacífico (especificar)
 (especificar tribu(s)) _____
 Indígena asiático Otra de Asia (especificar) _____
 China Nativa de Hawaii Otra (especificar) _____
 Desconocido

SALUD DE LA MADRE BIOLÓGICA

¿Recibió comida del programa WIC para usted durante este embarazo? Sí No
 Consumo de tabaco Ninguno
 N° cigarrillos (al día)
 3 meses antes del embarazo N° _____ cigarrillos
 1° al 3° mes de embarazo N° _____ cigarrillos
 4° al 6° mes de embarazo N° _____ cigarrillos
 7° al 9° mes de embarazo N° _____ cigarrillos

Estatura _____ pies _____ pulgadas
 Peso (antes de quedar embarazada) _____ lbs
 Peso (actual) _____ lbs

¿Bebió Ud. bebidas alcohólicas durante su embarazo? Sí No ¿Cantidad de bebidas por semana?
 ¿Usted planeó dar luz en casa o en un centro de maternidad independiente cuando fuiste de parto? Sí No
 Si contestó sí, el asistente primaria quien planeaba estar en el inicio del parto fue: Partera (sin licencia)
 Enfermera Partera Certificada Partera de Entrada Directo con licencia Médico Naturista Doctor en Medicina

Última revisión: Nov. 2014

Hospital Staff

No individual or agency other than the Center for Health Statistics should be provided with a copy of this worksheet.

RELACIÓN LEGAL DE LOS PADRES**(Página 2 de 2)**

Tenía un esposo legal o compañero en el momento de la concepción, del nacimiento, en algún momento entre ambos o dentro de los 300 días de este nacimiento? Sí No
 ¿Si contestó si, estaba usted casada? Sí No
 ¿Si contestó no, está usted en una Sociedad Doméstica Registrada en Oregon? Sí No
 Si contestó no a todas las preguntas anteriores, firmarán usted y el padre un reconocimiento de paternidad para establecer la paternidad legal en este momento? Sí No

INFORMACIÓN LEGAL SOBRE EL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR (Solamente complete esta sección si usted contestó si a alguna de las preguntas anteriores, "Relación Legal de los Padres" Y desea incluir el nombre del Padre/Segundo Pariente en el acta de nacimiento.)

Nombre legal actual
 Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento Número de Seguro Social Ninguno Lugar de nacimiento
 Estado o provincia canadiense País
 MM DD AAAA

ATRIBUTOS DEL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR

Educación: ¿Cuál es el nivel de educación más alto que el padre/segundo progenitor ha completado?
 8^{vo} grado o menos Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)
 9^{no} – 12^{vo} grado; sin diploma Título de grado (por ejemplo, BA, BS, AB)
 Diploma de escuela preparatoria o GED Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
 Algunos créditos de universidad pero sin título Doctorado (por ejemplo PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

Etnia: ¿Es el padre/segundo progenitor de origen hispano? (Marque uno o más; no deje en blanco.)
 No, no es español/hispano/latino Sí, puertorriqueño Sí, otro origen español/hispano/latino (especificar)
 Sí, mexicano, mexico-americano, chicano Sí, cubano Desconocido

Raza o razas del padre/segundo progenitor: (Por favor marque una o más razas para indicar el grupo al que él considera que pertenece el padre/segundo progenitor; no deje en blanco.)

Blanco Filipino Guameño o Chamorro
 Negro o afroamericano Japonés Samoano
 Indígena americano o nativo de Alaska Coreano Otro de las islas del Pacífico (especificar)
 (especificar tribu(s)) _____
 Indígena asiático Vietnamita Otro (especificar) _____
 Chino Otro de Asia (especificar) _____
 Nativo de Hawaii Desconocido

PRENATAL

Pago principal para el parto
 Medicaid/Oregon Health Plan Servicios de salud para indígenas Otro:
 Seguro privado Champus/Tricare _____
 Pago por cuenta propia Otro gubernamental _____

Fecha de la última menstruación MM DD AAAA	Atención prenatal Primera visita Prenatal MM DD AAAA Total de visitas prenatales _____	Nacimientos vivos previos Vivos en la actualidad N° _____ Nacimientos vivos que fallecieron N° _____ Fecha del último nacimiento vivo MM AAAA	Otros resultados de embarazos (Terminaciones espontáneas o inducidas o embarazos ectópicos) N° de otro resultados (combinado) _____ Fecha del último otro resultado MM AAAA
---	--	--	--

DECLARANTE

Madre biológica Padre / Segundo progenitor nombrado en el registro Otro (especificar relación): _____

Si no es uno de los padres, nombre legal Primer nombre Segundo nombre Primer Apellido Segundo Apellido Sufijo

Certifico que la información provista en este formulario para registrar el nacimiento es correcta a mi mejor saber y entender.

X _____ Fecha de la firma: _____
 Firma del declarante

Última revisión: Nov. 2014

Hospital Staff

No individual or agency other than the Center for Health Statistics should be provided with a copy of this worksheet.

Autorización para establecer un número de seguro social al nacer

[Padres pueden recibir una copia de este página para sus registros bajo petición. Este página no es un recibo.]

Se requiere un número de seguro social si usted desea reclamar a su hijo en su declaración de impuestos, para calificar para muchos de las programas estatales y federales y otros beneficios. La información que usted proporciona en este formulario es voluntaria. Sin embargo, el falta de proporcionar el información requerido puede prevenir la Administración de Seguridad Social de la emisión de una tarjeta y número de seguro social para su hijo.

Bajo contrato con la Administración de Seguridad Social (SSA) su firma en este página autoriza al Estado de Oregon, Centro de Estadísticos del Salud para submitir a la SSA un petición para un número de seguro social para su hijo. Esta página no está diseñada para cualquier otro uso, tales como prueba de que ha solicitado un número de seguro social. **Para obtener pruebas de que ha solicitado una tarjeta de seguro social, pregunte al personal del hospital por un recibo, formulario SSA-2853** (desponible en Inglés y en Español).

NOMBRE DEL NIÑO

Primer nombre Segundo nombre Apellido/s Sufijo

Fecha de nacimiento (mes – día – año) _____

¿Quiere que se emita un número de Seguro Social para su hijo? Sí No

NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE

(como aparece en el acta de nacimiento del niño)

Imprima _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido/s Sufijo

Firma _____ Fecha de la firma _____

Última revisión: Nov. 2014

Hospital Staff – You may provide the parent(s) a copy of this page upon request. Please instruct the parent(s) that this page is not intended as proof that a social security number has been requested. If they require proof of request for enumeration at birth provide them with receipt (form SSA-2853). No agency other than the Center for Health Statistics should be provided with a copy of this page or any information from the report of live birth or worksheets. Direct all agency requests for information on birth or social security numbers to the Center for Health Statistics at 971-673-1180.