



<b>FOR HOSPITAL USE ONLY</b>
ROOM: _____ MR# _____
DELIVERY DR: _____
MIDWIFE: _____
CLERK'S INITIAL: _____
DATE GIVEN TO PARENT (S): _____
DATE COMPLETED: _____

## Hoja de Trabajo – Acta de Nacimiento Vivo

Por favor, complete esta información para preparar el acta de nacimiento de su hijo/a.

### Nombre de niño/niña

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Apellido (s) \_\_\_\_\_

Sexo:  Masculino  Femenino  No determinado

Fue este nacimiento:  Individual  Gemelo  Trillizo  Cuatrillizo  Otro \_\_\_\_\_

Si hay varios, este niño/niña es:  1  2  3  4  Otros \_\_\_\_\_ (marque la casilla apropiada)

Fecha de nacimiento de niño/niña \_\_\_\_\_ Hora de nacimiento \_\_\_\_\_

¿Están casados los padres y / o en un registro estatal de parejas (SRDP)?  Sí  No

Si los padres no están casados o en una SRDP, entonces los padres biológicos deben firmar los papeles de paternidad para agregar el nombre del padre al acta de nacimiento del niño/niña. Referencia Sección de salud y seguridad código sección 102425 (a) (4).

### Nombre del padre (numeración de cajas 6A, 6B, 6C, en el acta de nacimiento)

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Apellido(s) \_\_\_\_\_ Numero de social \_\_\_\_\_

Relación hacia el niño  Madre  Padre  Progenitor (Parente)  No especificado

Lugar de nacimiento (Estado de Unidos o país extranjero) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Madre Nombre de la persona dando a luz** (numeración de cajas 9A, 9B, 9C, en el acta de nacimiento)

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_

Apellido (s) (de nacimiento/soltera) \_\_\_\_\_

Numero de social \_\_\_\_\_

Apellido Actual de la persona de dando a luz \_\_\_\_\_

Relación hacia el niño:  Madre  Padre  Progenitor (Parente)  No especificado

Lugar de nacimiento (Estado de Unidos o país extranjero) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono de los padres \_\_\_\_\_

**Ficha De Raza/Grupo Étnico/Educación (Solo con fines de referencia)**

**Grupo Étnico**

**Hispano, Latino, Español**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Español             | <input type="checkbox"/> Sudamericano                               | <input type="checkbox"/> Portorriqueño    |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicoamericano, Chicano | <input type="checkbox"/> Cubano                                     | <input type="checkbox"/> Paciente Rechazó |
| <input type="checkbox"/> Centroamericano                    | <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino/Español (Especifique): |   |
- 

**Raza**

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Caucásico   | <input type="checkbox"/> Chino        | <input type="checkbox"/> Laosiano  |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano   | <input type="checkbox"/> Filipino     | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                                 |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (Incluye indio norteamericano, sudamericano o centroamericano, aleutiano o nativo de Alaska) | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Samoano   |
| <input type="checkbox"/> Especifique Tribu   | <input type="checkbox"/> Hmong        | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico, por favor especifique |
- 
- |   |                                  |   |
|---|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Hindú                                | <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Tailandés        |
| <input type="checkbox"/> Camboyano                            | <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Vietnamita       |
| <input type="checkbox"/> Otro asiático, por favor especifique |                                  | <input type="checkbox"/> Paciente Rechazó |
- 

**Educación**

- Grado 0-11. Ingrese último año completado
- Grado 12; sin diploma
- Secundaria completa o GED completado. Diplomado universitario de 2 años (por ej. AA, AS)
- Licenciatura (por ej. BA, AB, BS)
- Maestría (por ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorado (por ej., PhD, EdD) o título profesional (por ej., MD, DO DDS, DVM, LLB, JD, RN, NP, PA)

**Información del padre genético (colaborador masculino genético para la creación del bebé a través de la donación de esperma o relaciones sexuales)**

Si Hispano, Especifique Origen \_\_\_\_\_

Raza (entre hasta tres razas) \_\_\_\_\_

**Circule el grado más alto de nivel educativo obtenido. Entre el año más alto que completo:**

(0-11 grado) 12 grado (sin título) \_\_\_\_; Diploma de la preparatoria; GED; Un poco de universidad (sin título); Asociado; Licenciatura; Maestría; Doctorado

Fecha del último día que se reportó al trabajo (mes y año) \_\_\_\_\_  Paciente Rechazó

Ocupación usual (el trabajo realizado durante el mayor periodo de tiempo) \_\_\_\_\_  Paciente Rechazó

Tipo de negocio/industria \_\_\_\_\_

**Información de la madre genética (persona que suministro el huevo que resulta en un embrión):**

Si Hispano, Especifique Origen \_\_\_\_\_

Raza (entre hasta tres razas) \_\_\_\_\_

**Circule el grado más alto de nivel educativo obtenido. Entre el año más alto que complete**

(0-11 grado) 12 grado (sin título) \_\_\_\_; Diploma de la preparatoria; GED; Un poco de universidad (sin título); Asociado; Licenciatura; Maestría; Doctorado

Fecha del último día que se reportó al trabajo (mes y año) \_\_\_\_\_  Paciente Rechazó

Ocupación usual (el trabajo realizado durante el mayor periodo de tiempo) \_\_\_\_\_  Paciente Rechazó

Tipo de negocio/industria \_\_\_\_\_

**Dirección residencial de la persona que dio a luz (requerido) (Dirección, condado, ciudad, estado código postal. Apartados postales no son aceptables)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Dirección postal (si es diferente de la residencial) (Dirección, condado, ciudad, estado código postal. Apartados postales son aceptables)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Recibieron los padres biológicos ayuda del Programa de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (WIC) durante el embarazo?  Sí  No  No se

¿Fumaba antes o después del embarazo?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el número de cigarrillos fumados al día

Durante los tres meses anteriores a quedar embarazada \_\_\_\_\_

Durante los tres primeros meses del embarazo \_\_\_\_\_

Durante el segundo trimestre del embarazo \_\_\_\_\_

Durante los últimos tres meses del embarazo \_\_\_\_\_

Número de bebés nacidos vivos previamente \_\_\_\_\_

Número de bebés nacidos vivos que han fallecido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del último bebé nacido vivo \_\_\_\_\_ (No cuente este bebé)

Número de abortos involuntarios antes de las 20 semanas de embarazo \_\_\_\_\_

Después de 20 semanas \_\_\_\_\_ (No cuente abortos)

Fecha del último aborto involuntario \_\_\_\_\_

### SOLICITAR NUMERO DE SEGURIDAD DEL NIÑO A TRAVES DEL PROCESO DE ACTA DE NACIMIENTO

AVISO A LOS PADRES: Rellenar este formulario en el hospital le permitirá recibir un servicio valioso por parte del gobierno federal. La ley federal requiere que se proporcione un número de Seguro Social para todos los dependientes nombrados en los formularios de impuestos federales. El número de Seguro Social también es necesario cuando se aplica para el bienestar u otros beneficios de asistencia pública para su hijo. Al completar este formulario y solicitar un número de Seguro Social para su nuevo bebé, el Departamento de Salud Pública de California transmitirá su solicitud a la Administración del Seguro Social, y la tarjeta será enviado a usted por lo general dentro de seis semanas, que elimina la necesidad de que visitar personalmente a una oficina de la Seguridad Social con la evidencia de la identidad de su niño, fecha de nacimiento y ciudadanía.

Si decide participar en este programa, y el padre (s) Número de Seguro Social (s) se proporcionan en el certificado de nacimiento, los padres (s) Número de Seguro Social (s) se darán a conocer al Servicio de Impuestos Internos. El Número de Seguro Social (s) será utilizado por el Servicio de Impuestos Internos con el único fin de los beneficios fiscales. Basados en el apoyo o la residencia de un niño, de conformidad con 42 USC 405 (c) (2), modificada por la Sección 1090 (b) de la Ley Pública 105-34. Para más información sobre este programa, por favor póngase en contacto con la Administración del Seguro Social al 1-800-722-1213.

Para obtener copias certificadas del acta de nacimiento de su hijo, comuníquese con el departamento de salud o la oficina del registrador del condado donde ocurrió el nacimiento. También puede obtener una solicitud de una copia (916)445-2684 o visitando el sitio web [www.cdph.ca.gov](http://www.cdph.ca.gov)

### NUMERO AUTOMATICAMENTE DE RECIEN NACIDO DESIGNADO (NANA)

El nombre de bebé, como aparece en acta de nacimiento (un número de seguro social no puede ser emitido para un niño que no ha sido nombrado.)

¿Quieres un número de seguridad social para su nuevo?  Sí  No

Continúa página siguiente

Place patient label here

**Reconozco que soy responsable de revisar el certificado de nacimiento de mi hijo para la precisión y que la hoja de la partida de nacimiento solamente se mantiene durante un periodo de tiempo limitado. Más allá de eso, no será responsabilidad del hospital para enmendar el certificado de nacimiento de otra cosa que no sea una fecha incorrecta de nacimiento, momento del nacimiento, o el sexo del bebé. El resto de las enmiendas a la partida de nacimiento son la responsabilidad de los padres.**

Firma de los Padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El nombre de padres (letra de molde) \_\_\_\_\_

Numero de Historia Clínica \_\_\_\_\_

Este formulario debe ser completado y firmado por el padre (s) del niño. Después de la codificación de la caja F en el acta de nacimiento, retener este formulario con los registros médicos de los padres biológicos.