



Formulario de Información de los Padres para el Certificado de Nacimiento del Niño(a)

Por favor, **antes** de salir del hospital, complete la información que se solicita a continuación. La información que nos dé es necesaria para crear el certificado de nacimiento de su niño(a). El certificado de nacimiento es un documento que se usa con fines legales para demostrar la edad de su niño(a) y su parentesco. Si usted **NO** completa y entrega este formulario a la Oficina de Registros Médicos del hospital, es posible que el registro del certificado de nacimiento de su niño(a) se haga en base a la información proporcionada al ser admitida al hospital.

Es muy importante que responda todas las preguntas con información completa y precisa. Mucha de la información que nos brinda, es utilizada para estudios investigativos para mejorar la salud de las madres y de los recién nacidos. La legislación estatal brinda protección contra la divulgación no autorizada de su información para garantizar la confidencialidad de los padres y su niño(a).

El certificado de nacimiento no se entrega automáticamente a los padres. Para obtener una copia certificada del acta de nacimiento de su niño(a), usted puede comprarla en la municipalidad de cualquier ciudad o pueblo del estado de Rhode Island o a través de la Oficina Estatal del Registro Civil del Departamento de Salud. Usted tendrá que pagar para obtener una copia certificada del registro de nacimiento de su niño(a). Para obtener más información, visítenos en www.health.ri.gov o llame a la Línea de Información del Departamento de Salud al **401-222-5960**.

ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

Información del niño(a)

1. ¿Cuál es el nombre legal de su niño(a) (como aparecerá en el certificado de nacimiento)?

1.er Nombre _____ 2.do Nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Tipo de parto (parto único, mellizos, etc.) _____ Orden de nacimiento (1.ro, 2.do, etc.) _____

Fecha de nacimiento ___ / ___ / ___ Hora de nacimiento ___ : ___ a.m./p.m. Sexo del niño(a) _____

2. ¿Dónde nació su niño(a)?

Si nació en un hospital: Nombre del hospital _____

Si nació en casa: Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____

3. ¿Es su niño(a) Hispano o Latino? Si es de origen Hispano o Latino, marque la casilla(s) correspondiente.

No, no es de origen Hispano o Latino.

Si es de origen Hispano o Latino (especifique):

Mejicano, Mejicano Americano, Chicano

Puertorriqueño(a)

Cubano(a)

Dominicano(a)

Guatemalteco(a)

Es de otro origen Hispano o Latino

ej., Español(a), Salvadoreño(a), Colombiano(a), etc. (especifique): _____

4. ¿Cuál es la raza de su niño(a)? (Marque una o más razas que describa a su niño(a))

- Blanco(a)
- Negro(a) o Afroamericano(a)
- Indio(a) Americano(a) o Nativo (a) de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está inscrito(a)):

- Indio(a) Asiático(a)
- Chino(a)
- Filipino(a)
- Japones(a)
- Koreano(a)
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique): _____
- Hawaiano(a) Nativo(a)
- Guameño(a) o Chamorro(a)
- Samoano(a)
- Caboverdiano(a)
- Portugues(a)
- Otra Isla del Pacífico (especifique): _____
- Otro(a) (especifique): _____

Administración del Seguro Social: Asignación del número al momento del nacimiento

5. ¿Desea que se le asigne un Número de Seguro Social a su niño(a)?

Si responde **Sí**, la Administración del Seguro Social (SSA) asignará de forma automática un Número de Seguro Social a su niño(a) y la tarjeta será enviada a su casa por correo. Si responde **No**, entonces usted deberá solicitar un Número de Seguro Social a una de las oficinas locales del Seguro Social.

Si [Por favor firme en la siguiente línea.]

No [Vaya a la pregunta 6]

Autorizo a la Oficina Estatal del Registro Civil del Departamento De Salud de Rhode Island para que le proporcione a la Administración del Seguro Social la información del certificado de Nacimiento de mi niño(a) para que le sea asignada la tarjeta con el Número de Seguro Social.

Firme aquí: _____

Debe firmar: uno de los padres o guardián legal

Al marcar las siguientes casillas, yo autorizo a revelar la raza, etnicidad e información identificable (ej., nombre, número de Seguro Social y fecha de Nacimiento) en esta solicitud de Seguro Social para propósitos de investigación y estadísticas. Entiendo que este consentimiento no afecta mi solicitud para obtener (o no obtener), para mi recién nacido, un número de Seguro Social de la Administración del Seguro Social.

Niño(a)

Padre 1

Padre 2

Información del Padre 1 (la persona que dio a luz)

6. Padre 1: Nombre Legal Actual.

Título de Preferencia (Seleccione uno): Madre Padre Padre1

1.^{er} Nombre _____ 2.^{do} Nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

7. Padre 1: Nombre de Soltero(a) (su nombre como aparece en su acta de nacimiento).

Si el nombre de soltero(a) del Padre 1 es igual a su nombre legal, por favor marque una de las casillas de abajo. **No deje este espacio en blanco.**

¿Es el nombre de soltero(a) del Padre 1 igual que su nombre legal? Si No

1.º Nombre _____ 2.º Nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

8. Padre 1: Fecha de Nacimiento y Edad

Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____

9. ¿En qué estado, territorio de Estados Unidos nació el Padre 1? _____

10. ¿En qué país nació el Padre 1? _____

11. Padre 1: Número de seguro social _____
(Si no tiene un número de seguro social, deje este espacio en blanco)

12. Padre 1: Estado Civil

Por favor seleccione una opción y responda las preguntas que correspondan según su elección.

- Soltero (nunca casado) (Seleccione una de las siguientes opciones).
 - El padre 2 y yo quisiéramos completar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
 - El padre 2 y yo NO deseamos completar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.

- Casado (Seleccione una de las siguientes opciones).
 - El padre 2 y yo quisiéramos completar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
 - El padre 2 y yo NO deseamos completar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
(Ambos padres son automáticamente reconocidos como los padres del niño(a) si están casados o unidos por unión civil cuando su niño(a) nace o dentro de 300 días antes del nacimiento de su niño(a) si el matrimonio terminó.

- Casado (Separado) y el Padre 2 no es el padre biológico (por favor de completar el formulario de *Negación de Paternidad VS-DP1*.)

- Divorciado o viudo (Seleccione una de las siguientes opciones).
 - El padre 2 y yo quisiéramos completar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
o Fecha en que se divorció o enviudó (mes y año) _____
 - El padre 2 y yo no deseamos completar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.

La Oficina Estatal del Registro Civil exige que ambos padres presenten una identificación válida, emitida por un gobierno, al momento de completar el *Reconocimiento Voluntario de Paternidad* para agregar el nombre del padre 2 al acta de nacimiento. Si no presentan una identificación válida al momento de completar *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*, el nombre del padre 2 no será agregado al acta de Nacimiento al momento de ser registrado.

13. Dirección de su correo electrónico: _____

14. Dirección Postal (dirección donde recibe su correo)

Número de casa y nombre de la calle: _____ N° de apartamento: _____

Caja de correo (PO Box): _____ Ciudad/Pueblo/Ubicación: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Si no es en Estados Unidos, indique el nombre del país: _____

15. ¿Dónde vive usualmente? (¿Dónde está ubicada su casa?)

Si es la misma que la dirección postal, pase a la siguiente pregunta.

Número de casa y nombre de la calle: _____ N° de apartamento: _____

Caja de correo (PO Box): _____ Ciudad/Pueblo/Ubicación: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Si no es en Estados Unidos, indique el nombre del país: _____

16. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha culminado al momento del parto?

(Si es un estudiante, marque la casilla que indica el último grado que completó o el máximo título que obtuvo.)

- 8.º grado o menos
- 9.º a 12.º grado, sin diploma
- Escuela secundaria completa o diploma de equivalencia general (GED)
- Algunos créditos universitarios, sin título
- Diplomatura (ej., AA, AS)
- Licenciatura (ej., BA, AB/BA, BS)
- Maestría (ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorado (ej., PhD, EdD) o estudios profesionales superiores (ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

17. ¿Qué idioma se habla habitualmente en su hogar? _____

18. ¿Es usted de origen Hispano o Latino? Si es de origen Hispano o Latino, marque la casilla(s) correspondiente.

- No, no soy Hispano(a) o Latino(a).
- Si soy Hispano(a) o Latino(a), Spanish/Hispanic/Latina (especifique):
 - Mejicano, Mejicano Americano, Chicano.
 - Puertorriqueño(a).
 - Cubano(a).
 - Dominicano(a).
 - Guatemalteco(a).
 - Soy de otro origen Hispano o Latino.
ej., Español(a), Salvadoreño(a), Colombiano(a), etc. (especifique): _____

19. Raza (Marque una o más razas que describan como usted se identifica)

- Blanco(a)
- Negro(a) o Afroamericano(a)
- Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está inscrito(a)):

- Indio(a) Asiático(a)
- Chino(a)
- Filipino(a)
- Japones(a)
- Coreano(a)
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique): _____
- Hawaiano(a) Nativo(a)
- Guameño(a) o Chamorro(a)
- Samoano(a)
- Caboverdiano(a)
- Portugues(a)
- Otra Isla del Pacífico (especifique): _____

Otro(a) (especifique): _____

Información del Padre 2

20. Padre 2: Nombre Legal Actual

Título de Preferencia (Seleccione uno): Madre Padre Padre1

1.º Nombre _____ 2.º Nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

21. Padre 2: Nombre de Soltero(a) (por favor indique su nombre como aparece en su acta de nacimiento).

Si el nombre de soltero(a) del Padre 2 es igual a su nombre legal, por favor marque una de las casillas de abajo. **No deje este espacio en blanco**

¿Es el nombre de soltero(a) del Padre 2 igual que su nombre legal? Si No

1.º Nombre _____ 2.º Nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

22. Padre 2: Fecha de Nacimiento y Edad

Mes _____ Día _____ Año _____ Edad _____

23. ¿En qué estado, territorio de Estados Unidos nació el Padre 2? _____

24. ¿En qué país nació el Padre 2? _____

25. Padre 2: Número de seguro social _____
(Si no tiene un número de seguro social, deje este espacio en blanco)

26. Padre 2: ¿Cuál es su dirección de residencia? (Si la dirección de residencia es la misma que la del padre 1, seleccione abajo).

¿Es la dirección de residencia del padre 2, la misma dirección del padre 1? Si No

Número de casa y nombre de la calle: _____ N.º de apartamento: _____

Caja de correo (PO Box): _____ Ciudad/Pueblo/Ubicación: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Si no es en Estados Unidos, indique el nombre del país: _____

27. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha culminado el Padre 2?

(Si es un estudiante, marque la casilla que indica el último grado que completó o el máximo título que obtuvo.)

- 8.º grado o menos
- 9.º a 12.º grado, sin diploma
- Escuela secundaria completa o diploma de equivalencia general (GED)
- Algunos créditos universitarios, sin título
- Diplomatura (ej., AA, AS)
- Licenciatura (ej., BA, AB/BA, BS)
- Maestría (ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorado (ej., PhD, EdD) o estudios profesionales superiores (ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

28. ¿Es el padre 2 de origen Hispano o Latino? Si es de origen Hispano o Latino, marque la(s) casilla(s) correspondiente.

- No, no soy Hispano(a) o Latino(a).
- Si soy Hispano(a) o Latino(a), Spanish/Hispanic/Latina (especifique):
 - Mejicano, Mejicano Americano, Chicano.
 - Puertorriqueño(a).
 - Cubano(a).
 - Dominicano(a).
 - Guatemalteco(a).
 - Soy de otro origen Hispano o Latino.
ej., Español(a), Salvadoreño(a), Colombiano(a), etc. (especifique): _____

29. Raza (Marque una o más razas que describan como usted se identifica)

- Blanco(a)
- Negro(a) o Afroamericano(a)
- Indio(a) Americano(a) o Nativo(a) de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está estrito(a)): _____
- Indio(a) Asiático(a)
- Chino(a)
- Filipino(a)
- Japones(a)
- Koreano(a)
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique): _____
- Hawaiano(a) Nativo(a)
- Guameño(a) o Chamorro(a)
- Samoano(a)
- Caboverdiano(a)
- Portugues(a)
- Otra Isla del Pacífico (especifique): _____
- Otro(a) (especifique): _____

Padre 1 (La persona que dio a luz) Información Médica y Otra Información Relacionada de Salud

30. ¿Cuánto pesaba usted antes de este embarazo? _____ Libras

31. ¿Cuál era su peso al momento del parto? _____ Libras

32. ¿Cuál es su estatura? _____ Pies _____ Pulgadas

33. ¿Recibió beneficios del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) por este embarazo?

- Sí No No sé

34. ¿Recibió usted la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) durante este embarazo?

- Sí No No sé

35. ¿Durante los 12 meses antes del nacimiento de este niño(a), ¿Recibió usted la vacuna contra la gripe (flu)?

- Sí No No sé

36. ¿Usted fumó durante su embarazo? Esto no incluye cigarrillos electrónicos o productos sin

nicotina.

- Sí
- No

	Número de cigarrillos por día	Número de paquetes por día
Tres meses antes del embarazo		
Primer trimestre		
Segundo trimestre		
Tercer trimestre		

37. ¿Consumió alcohol durante el embarazo?

- Sí; cantidad promedio de bebidas por semana: _____
- No
- No sé

38. Historial de Embarazos

¿Es ésta la primera vez que está embarazada?

- Sí
- No

Si no es la primera vez que está embarazada, por favor indique lo siguiente (sin incluir este embarazo):

- Número de partos anteriores nacidos con vida que aún viven: _____
- Número de partos anteriores nacidos con vida que fallecieron: _____
- Fecha del último parto nacido con vida excluyendo este parto (mes, día, año): _____
- Número de otros embarazos que se interrumpieron por aborto espontáneo o inducido: _____
- Fecha del último embarazo interrumpido por aborto espontáneo o inducido (mes, día, año): _____

39. Cuidado Prenatal

¿Recibió usted cuidado prenatal?

- Sí No
- Fecha de la primera visita de cuidado prenatal (mes, día, año): _____
- Si desconoce las fechas, ingrese el mes de embarazo en que comenzó a recibir cuidado prenatal: _____
- Fecha de la última visita de cuidado prenatal (mes, día, año): _____
- Número total de visitas de cuidado prenatal: _____
- Fecha en que comenzó su última menstruación (período/ciclo menstrual) normal (mes, día, año): _____
- No tuve una última menstruación normal debido al tratamiento de fertilización in vitro

40. Información de su Seguro de Salud

- ¿Quién paga su seguro de salud?
 - Champus/Tricare
 - RiteCare/Medicaid (plan federal o estatal)
 - Privado (pagado por una compañía/ empleador)
 - Auto pago (compañía de seguro no identificada)
 - Indian Health Service
 - No tengo Seguro de salud
- ¿Cuál es el nombre de la compañía de su seguro de salud?
 - Medicaid
 - Blue Cross o Healthmate
 - Blue Chip
 - Tricare
 - United Health Care
 - Tufts Private
 - Tufts Rite Care
 - Neighborhood Health Plan
 - Otro (especifique): _____

Número de Póliza de Seguro de salud: _____

Persona que completa este formulario

Por la presente, yo certifico que la información que he proporcionado es correcta de acuerdo a mis conocimientos. Soy consciente de que la legislación de Rhode Island establece una sanción de hasta mil dólares (\$1,000) o una pena de prisión de hasta un año, o ambos, para toda persona que brinde información falsa de forma premeditada o deliberada.

Por favor firme aquí: _____

Por favor marque la casilla que indica su parentesco con el niño(a):

- Padre 1 (la persona que dio a luz)
- Padre 2
- Empleado del hospital
- Otro familiar
- Otro, por favor especifique: _____

Por favor entregue este formulario completo a la Oficina de Registros Médicos del hospital

*Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario.
Toda la información es confidencial y la ley estatal prohíbe compartir esta información sin autorización.*



Declaración de la Ley de Confidencialidad: La sección 702 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, autoriza al Seguro Social a recopilar información sobre raza y etnicidad, la cual utilizarán para propósitos de investigación y estadísticas. Proveer la información es voluntario; no proveer toda o parte de la información no le afectará. Según lo permita la ley, el Seguro Social puede usar y compartir la información que provea, incluyendo otras agencias federales, contratistas, becarios, estudiantes voluntarios, y otros, como se describe en los usos de rutina del Sistema de registros de avisos (System of Records Notice, SORN, por su nombre y siglas en inglés) 60-0104, disponible en www.ssa.gov/privacy (disponible solo en inglés).