



## Formulario de Información de la Madre para el Certificado de Nacimiento del Niño(a)

Por favor complete la información que se solicita a continuación **antes** de salir del hospital. 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 su información proporcionada al hospital al ser admitida.

Es muy importante que responda todas las preguntas con información completa y precisa. Mucha de la información que brinda como parte del certificado de nacimiento, es utilizada para investigación y estudios de salud y medicina, para estudiar y mejorar la salud de las madres y los infantes 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).

Por favor tome en cuenta: Una vez registrado el nacimiento del niño(a), el certificado de nacimiento no se entrega automáticamente a los padres. Usted puede comprar una copia certificada del acta de nacimiento de su niño(a), 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 del estado de Rhode Island (el horario de atención de la oficina estatal es de 7:30 A.M. a 3:30 P.M.). Para obtener más información, visítenos en [www.health.ri.gov](http://www.health.ri.gov) o comuníquese con la Línea de Información del Departamento de Salud al **401-222-5960**.

### ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE.

#### Información del niño(a)

##### 1. ¿Cuál será el nombre legal de su niño(a) (como figurará en el certificado de nacimiento)?

1.º Nombre \_\_\_\_\_ 2.º Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Tipo de parto (parto único, mellizos, etc.) \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento (1.º, 2.º, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora de nacimiento \_\_\_\_: \_\_\_\_ a.m./p.m. Sexo del niño(a) \_\_\_\_\_

##### 2. Indique el nombre del hospital o dirección del lugar donde ocurrió el parto (número y nombre de la calle, y nombre de la ciudad)

\_\_\_\_\_  
*Nombre del hospital o dirección del lugar donde ocurrió el parto*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad/Pueblo*

#### Información de la madre

##### 3a. Indique su nombre legal actual.

1.º Nombre \_\_\_\_\_ 2.º Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

##### 3b. Por favor indique su nombre de soltera (como aparece en su acta de nacimiento antes de su primer matrimonio). \*No deje este espacio en blanco.

1.º Nombre \_\_\_\_\_ 2.º Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

##### 4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento y edad?

##### 5. ¿En qué estado, territorio de EE. UU. o país extranjero nació?

\_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año    Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre del estado, territorio de EE. UU. o país extranjero

**6. ¿Cuál es su Número de Seguro Social?**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**7. Estado civil: seleccione una opción y responda las preguntas que correspondan según su elección.**

- Soltera (Seleccione una de las siguientes opciones).
  - El padre de mi bebé y yo quisiéramos realizar un reconocimiento voluntario de paternidad.
  - El padre de mi bebé y yo NO deseamos realizar un reconocimiento voluntario de paternidad.
  
- Casada
  
- Separada y mi esposo NO es el padre de mi bebé (Para obtener más información, comuníquese con un encargado/a de registro de nacimientos del hospital).
  
- Divorciada o viuda (Seleccione una de las siguientes opciones).
  - El padre de mi bebé y yo quisiéramos realizar un reconocimiento voluntario de paternidad.
    - o Fecha en que se divorció o enviudó (mes y año) \_\_\_\_\_
  - El padre de mi bebé y yo NO deseamos realizar un reconocimiento voluntario de paternidad.

La Oficina Estatal del Registro Civil exige que ambos padres presenten una identificación válida, emitida por el gobierno, al momento de realizar el reconocimiento voluntario de paternidad para agregar el nombre del padre al acta de nacimiento. De lo contrario, si no presentan una identificación válida al momento de realizar el reconocimiento de paternidad, el nombre del padre no será agregado al acta de nacimiento cuando se registre.

**Administración del Seguro Social: asignación de número al momento del nacimiento**

**8a. Asignación de Número de Seguro Social al momento del nacimiento**

¿Desea que se le asigne un Número de Seguro Social a su bebé? Si responde “Sí”, la Administración del Seguro Social (SSA) le asignará de forma automática un Número de Seguro Social a su hijo y usted recibirá una tarjeta en su domicilio postal. Si su respuesta es “No”, deberá solicitar un Número de Seguro Social en su oficina local del Seguro Social.

- Sí [Firme la solicitud que se incluye a continuación].
- No [Pase a la pregunta 9a].

**8b. Autorizo a la Oficina Estatal del Registro Civil del Departamento de Salud del estado 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 asignado la tarjeta con el Número de Seguro Social.  
(Pueden firmar cualquiera de los padres o el tutor legal).**

Firma de la madre o el padre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Programa CollegeBoundbaby (Fondo Universitario) y autorización

### 9a. Oficina de Tesorería General: “CollegeBoundbaby”

¿Gustaría usted recibir 100 dólares para la educación futura de su niño(a)? Los bebés nacidos en Rhode Island, cuyos padres residen en Rhode Island, son elegibles para recibir un incentivo de 100 dólares del programa CollegeBoundbaby como ayuda para futuros pagos estudiantiles en universidades o escuelas técnicas o comerciales. El incentivo de 100 dólares se mantendrá en Rhode Island, hasta que su hijo(a) se inscriba en alguna institución de educación superior. Si marca la opción “SÍ” a continuación, su bebé será inscrito automáticamente en el programa CollegeBoundbaby y usted autorizará al Departamento de Salud de Rhode Island para que brinde a la Tesorería General de Rhode Island información y actualizaciones sobre el acta de nacimiento e información de salud de su niño(a).

- Sí [Firme la autorización que se incluye a continuación].  
 No [Pase a la pregunta 10].

9b. Yo autorizo al Departamento de Salud de Rhode Island para que proporcione a la Tesorería General de Rhode Island, información inicial del nacimiento, información y actualizaciones del acta de nacimiento y de salud de mi niño(a), incluyendo su número de Seguro Social, con el único propósito de que se le otorgue el subsidio de 100 dólares del programa CollegeBoundbaby y se comuniquen conmigo acerca de esta ayuda.

¿Tiene alguna pregunta? Consulte la descripción del programa CollegeBoundbaby comuníquese con la Tesorería General de Rhode Island al siguiente número:  
**(401)-462-7640**

Firma de la madre o el padre del Niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Pueden firmar cualquiera de los padres o el tutor legal).

## Información de la madre (continuación)

### 10. ¿Cuál es su dirección postal? (dirección donde su correo es enviado).

Número y nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N° de apartamento \_\_\_\_\_  
Casilla de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, pueblo o ubicación: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(o territorio de EE.UU., Providencia de Canadá)

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

### 10a. Correo electrónico del padre o de la madre.

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 11. ¿Cuál es su dirección de residencia? (dirección donde vive actualmente).

La misma que la dirección postal [Pase a la siguiente pregunta].

Número y nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N° de apartamento: \_\_\_\_\_  
Ciudad, pueblo o ubicación: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(o territorio de EE. UU., Provincia de Canadá)

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

**12. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha culminado al momento del parto? (Si actualmente está inscrita en alguna institución educativa, 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., en Humanidades [AA], Ciencias [AS])
- Licenciatura (ej., en Administración de Empresas [BA], Humanidades [AB/BA], Ciencias [BS])
- Maestría (ej., en Humanidades [MA], Ciencias [MS], Ingeniería [MEng], Medicina [MEd], Trabajo Social [MSW], Administración de Empresas [MBA])
- Doctorado (ej., en Filosofía [PhD], Educación [EdD]) o estudios profesionales superiores (ej., doctor en Medicina [MD], doctor en Odontología [DDS], doctor en Veterinaria [DVM], licenciado en Derecho [LLB], doctor en Derecho [JD])

**13. Si no es inglés ¿qué idioma se habla habitualmente en su hogar?**

Si no es inglés, por favor especifique el idioma (español, francés, portugués, etc.): \_\_\_\_\_

**14. ¿Es usted de origen Hispano o Latino? Si *no* lo es, marque la casilla *No*. Si es de origen Hispano o Latino, marque la casilla(s) correspondiente.**

- No, no soy de origen Hispano o Latino.
- Sí, soy mexicana, mexicana-americana o chicana.
- Sí, soy puertorriqueña.
- Sí, soy cubana.
  - Sí, soy guatemalteca.
  - Sí, soy dominicana.
  - Sí, soy de otro origen hispano o latino (especifique): \_\_\_\_\_

**15. ¿Cuál es su raza? (Marque todas (*una o más*) las opciones correspondientes).**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- India americana o nativa de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está inscrita) \_\_\_\_\_
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique) \_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Nativa de otras islas del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**Información del padre (solo si están casados o si existe una declaración jurada de paternidad aprobada)**

**16a. Indique su nombre legal actual.**

1.º Nombre \_\_\_\_\_ 2.º Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
*Nombre legal actual*

**16b. Indique su nombre de soltero (como aparece en su acta de nacimiento antes de su primer matrimonio).**

1.º Nombre \_\_\_\_\_ 2.º Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

**17. ¿Cuál es la fecha de nacimiento y edad del padre?**

\_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año    Edad

**18. ¿En qué estado, territorio de EE. UU. o país extranjero nació el padre?**

\_\_\_\_\_  
Nombre del estado, territorio de EE. UU. o país extranjero

**19. ¿Cuál es el Número de Seguro Social del padre?**

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

**20. ¿Cuál es la dirección de residencia del padre?**

El mismo que el de la madre [Pase a la siguiente pregunta].

Número y nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

Casilla de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, pueblo o ubicación: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado/país: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**21. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que habrá culminado el padre al momento del parto? (Si actualmente está inscrito en alguna institución educativa, 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., en Humanidades [AA], Ciencias [AS])
- Licenciatura (ej., en Administración de Empresas [BA], Humanidades [AB/BA], Ciencias [BS])
- Maestría (ej., en Humanidades [MA], Ciencias [MS], Ingeniería [MEng], Medicina [MEd], Trabajo Social [MSW], Administración de Empresas [MBA])
- Doctorado (ej., en Filosofía [PhD], Educación [EdD]) o estudios profesionales superiores (ej., doctor en Medicina [MD], doctor en Odontología [DDS], doctor en Veterinaria [DVM], licenciado en Derecho [LLB], doctor en Derecho [JD])

**22. ¿Es el padre de origen Hispano o Latino? (Si *no* lo es, marque la casilla *No*. Si es de origen Hispano o Latino, marque la casilla(s) correspondiente).**

- No, no es de origen Hispano o Latino.
- Sí, es mexicano, mexicano americano o chicano.
- Sí, es puertorriqueño.
- Sí, es cubano.
- Sí, es guatemalteco.
- Sí, es dominicano.
- Sí, tiene otro origen Hispano o Latino (especifique): \_\_\_\_\_

**23. ¿Cuál es la raza del padre? (Marque todas las opciones (*una o más*) correspondientes)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco  | <input type="checkbox"/> Coreano                                  |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano   | <input type="checkbox"/> Vietnamita                               |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está inscrito) _____ | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                          |
| <input type="checkbox"/> Chino   | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro                       |
| <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Samoano                                  |
| <input type="checkbox"/> Japonés   | <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Otra raza (especifique) _____            |

**Información médica y otra información relacionada a la madre que dio a luz**

**24. ¿Cuál era su peso al momento del parto? (en libras)**

\_\_\_\_\_lb

**25. ¿Cuánto pesaba usted antes de este embarazo? (en libras)**

\_\_\_\_\_lb

**26. ¿Cuál es su estatura?**

\_\_\_\_\_pies \_\_\_\_\_pulgadas

**27. ¿Recibió usted alimentos del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para su consumo a causa de este embarazo?**

- Sí
- No
- No sé

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

- Sí
- No
- No sé

**29. ¿Recibió usted la vacuna contra la gripe (flu) durante los 12 meses previos a este embarazo?**

- Sí
- No
- No sé

**30. ¿Cuántos cigarrillos o, paquetes de cigarrillos fumó en un día regular durante cada uno de los siguientes períodos? Si no fumó NUNCA, ingrese cero en cada período.**

	Nro. de cigarrillos	Nro. de paquetes
Tres meses antes del embarazo	_____ 0	_____
Primer trimestre	_____ 0	_____
Segundo trimestre	_____ 0	_____
Tercer trimestre	_____ 0	_____

**31. ¿Consumió alcohol durante el embarazo? Si lo hizo, ¿qué cantidad promedio de bebidas ingirió por semana?**

- Sí                      Cantidad promedio de bebidas por semana \_\_\_\_\_
- No
- No sé

**32. Historial de embarazos**

¿Es éste su primer embarazo?

- Sí
- No

Si no es su primer embarazo, indique lo siguiente:

Número de partos anteriores nacidos con vida que aún viven \_\_\_\_\_

Número de partos anteriores nacidos con vida que fallecieron \_\_\_\_\_

Número de otros embarazos que se interrumpieron por aborto espontáneo o inducido \_\_\_\_\_

Fecha del último parto nacido con vida (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Fecha del último embarazo interrumpido por aborto espontáneo o inducido (mes, día, año) \_\_\_\_\_

**33. Atención prenatal**

¿Recibió atención prenatal durante este embarazo?

- Sí  No

Fecha de la primera visita de atención prenatal (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita de atención prenatal (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Si desconoce las fechas, ingrese el mes que comenzó a recibir atención prenatal: \_\_\_\_\_

Número total de visitas de atención prenatal: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó su última menstruación (período o ciclo menstrual) normal (mes, día, año): \_\_\_\_\_

**34. Información sobre el seguro de salud**

¿Quién paga su seguro de salud?

- RiteCare/Medicaid (plan federal o estatal)
- Privado
  - pagado por una compañía/empleador
  - pago directamente a la compañía aseguradora
- No tengo seguro

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguro de salud?

- Medicaid
- Blue Cross o Healthmate
- Blue Chip
- Tricare
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Número de seguro: \_\_\_\_\_

**Persona que brinda la información**

Por la presente, yo certifico que la información que he proporcionado en este documento 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.

**35a. Si es la madre del niño(a), firme aquí:** \_\_\_\_\_

**35b. Si es otra persona, firme aquí:** \_\_\_\_\_

Si no es la madre, indique su parentesco con el bebé:

- Padre del bebé
- Empleado del hospital
- Otro familiar
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Entregue el formulario de información para el certificado de nacimiento completo a la Oficina de Registros Médicos según le indique el hospital.**



Le agradecemos que se haya tomado el tiempo de completar la información solicitada. La información será de utilidad para su hijo en los próximos años y gran parte de la información recopilada también será utilizada por investigadores en materia de salud y medicina para estudiar y mejorar la salud de las madres y los bebés recién nacidos a nivel local y nacional. Se resguardará la confidencialidad de toda la información.