



## 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](http://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)
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique): \_\_\_\_\_
- Hawaiano(a) Nativo(a)
- Guameño(a) o Chamorro(a)
- Samoano(a)
- Caboverdiano(a)
- Portugués(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

**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.<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2.<sup>do</sup> 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 padre2 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)
- Japonés(a)
- Coreano(a)
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique): \_\_\_\_\_
- Hawaiano(a) Nativo(a)
- Guameño(a) o Chamorro(a)
- Samoano(a)
- Caboverdiano(a)
- Portugués(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.er Nombre \_\_\_\_\_ 2.do 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.er Nombre \_\_\_\_\_ 2.do 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° 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.*

