

Hoja de trabajo de la madre sobre el acta de nacimiento de su criatura

FOR HOSPITAL USE ONLY (Sólo para el uso del hospital):

MOTHER MR# _____ NEWBORN MR# _____
 MEDICAID # _____ DELIVERING DR _____ RM # _____

La información que usted proporciona en esta hoja de trabajo se usa para crear el acta de nacimiento de su criatura. El acta de nacimiento es un documento legal utilizado para comprobar la edad, la ciudadanía y el linaje familiar de su criatura. Él / ella utilizará el acta de nacimiento durante toda su vida. El Estado de Texas salvaguarda contra la divulgación no-autorizada de información particular en las actas de nacimiento para proteger la confidencialidad de los padres y su criatura.

Favor de escribir sus respuestas en **LETRA DE MOLDE** exacta y cuidadosamente porque el tener que corregir equivocaciones es difícil y costoso.

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA CRIATURA

Nombre del hospital o lugar	Dirección	Estado
Condado	Ciudad	Código postal

INFORMACIÓN SOBRE LA CRIATURA

Hora de nacimiento	Fecha de nacimiento	Pluralidad (favor de marcar uno)
AM / PM	Único / Gemelo / Trillizo / Cuatrillizo / Quintillizo	
Orden de nacimiento (favor de marcar uno)	¿Cuántos bebés nacieron vivos en este parto? (favor de marcar uno)	
Primero / Segundo / Tercero / Cuarto / Quinto	Uno / Dos / Tres / Cuatro / Cinco	

NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

NOMBRE LEGAL DE LA CRIATURA

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

DIRECCIÓN DE DOMICILIO DE LA MADRE

Dirección residencial	Número del apartamento	Estado / País	Condado
Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión	¿Está dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DIRECCIÓN POSTAL DE LA MADRE (Si es la misma que la dirección de domicilio, DEJE EN BLANCO ESTA SECCIÓN)

Dirección postal	Número de apartamento	Estado / País
Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión	¿Está dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento (Estado / País / Territorio)

Número de seguro social

--	--	--

¿Solicita seguro social para el bebé?

¿Renunció la madre a los derechos de la criatura?

Fecha de renuncia a los derechos

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
---	---	--

Ocupación

Tipo de Negocio

--	--

Educación de la madre

- 8° grado escolar o menos
- 9° – 12° grado, sin diploma
- Se graduó del colegio o completó el programa de *GED*
- Algunos créditos universitarios, pero sin título
- Título de asociado (e.g., AA, AS)
- Bachillerato (e.g., BA, AB, BS)
- Maestría (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorado (e.g., PhD, EdD) o Título profesional (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

¿Es la madre de origen hispano?

- No, no es de origen español / hispano / latino
- Sí, de origen mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, de origen puertorriqueño
- Sí, de origen cubano
- Sí, de otro origen español / hispano / latino
Especifique _____

¿Cuál es la raza de la madre?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> blanca | <input type="checkbox"/> vietnamita |
| <input type="checkbox"/> negra / africano-americana | <input type="checkbox"/> otra asiática _____ |
| <input type="checkbox"/> indio-americana / nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> nativo de Hawai |
| (Nombre de la tribu registrada o principal) | <input type="checkbox"/> guameña o chamorra |
| _____ | <input type="checkbox"/> samoana |
| <input type="checkbox"/> indio-asiática | <input type="checkbox"/> de otra isla pacífica |
| <input type="checkbox"/> china | Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> filipina | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> japonesa | <input type="checkbox"/> Desconocida |
| <input type="checkbox"/> coreana | |

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA MADRE

¿Recibió WIC para este parto?

Altura

Peso antes del embarazo

Peso al día del parto

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
---	--	--	--

¿Cuántos cigarrillos fumó usted antes de y durante el embarazo?

Tres meses antes Cigs/Día: _____ Paquetes / día: _____ Primeros tres meses Cigs / Día: _____ Paquetes / día: _____
 Segundo trimestre Cigs/Día: _____ Paquetes / día: _____ Tercer trimestre Cigs / Día: _____ Paquetes / día: _____

ESTADO CIVIL (Favor de leer esto cuidadosamente)

- Si está casada, usted puede registrar a su esposo en el acta de nacimiento como el padre, o puede dejar esta información en blanco.
- Si no está casada, usted puede registrar el nombre del padre solamente y cuando los dos padres completen un formulario llamado "*Acknowledgement of Paternity*" (Reconocimiento de Paternidad.)
- Si está o ha estado casada con otro hombre que no es el padre de esta criatura o, si ha estado casada con otro hombre que no es el padre biológico durante los 300 días antes del nacimiento de esta criatura, el Reconocimiento de Paternidad deberá de incluir también un formulario llamado "*Denial of Paternity*" (Negación de Paternidad) firmado por su esposo o ex-esposo para permitir que se inscriba la información del padre biológico en el acta de nacimiento.

Sí, Casada actualmente

Sí, Nunca casada

Sí, Divorciada

Sí, Viuda

Sí, Casada—(ninguna información de paternidad en el acta de nacimiento)

¿Ha estado casada con otro hombre que no es el padre biológico de esta criatura en los 300 días antes del nacimiento?

Sí No

¿Quiere llenar un formulario de "*Acknowledgement Of Paternity*" (Reconocimiento de Paternidad)? Sí No

NOMBRE DE LA MADRE ANTES DE SU PRIMER MATRIMONIO

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

--	--	--	--

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE (padre biológico)

Primer nombre legal	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Estado / País / Territorio)	Número de seguro social

Ocupación	Tipo de Negocio

Educación del padre <input type="checkbox"/> 8° grado escolar o menos <input type="checkbox"/> 9° – 12° grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Se graduó del colegio o completó el programa de GED <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título <input type="checkbox"/> Título de asociado (e.g., AA, AS) <input type="checkbox"/> Bachillerato (e.g., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (e.g., PhD, EdD) o Título profesional (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)	¿Es el padre de origen hispano? <input type="checkbox"/> No, no es de origen español / hispano / latino <input type="checkbox"/> Sí, es de origen mexicano, mexicano-americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, es de origen puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, es de origen cubano <input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen español / hispano / latino Especifique _____	¿Cuál es la raza del padre? <input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> negra / africano-americana <input type="checkbox"/> indio-americana / nativo de Alaska (Nombre de la tribu registrada o principal) <input type="checkbox"/> indio-asiática <input type="checkbox"/> china <input type="checkbox"/> filipina <input type="checkbox"/> japonesa <input type="checkbox"/> coreana <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otra asiática <input type="checkbox"/> nativo de Hawai <input type="checkbox"/> guameña o chamorra <input type="checkbox"/> samoana <input type="checkbox"/> de otra isla pacífica Especifique _____ <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Desconocida
---	--	--

¿Han hecho pruebas genéticas o de paternidad?	Dirección postal	Número del apartamento
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Estado / País / Territorio	Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE PRESUNTO (Complete esto SÓLO si se aplica)

Fecha de nacimiento	Número de seguro social

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

Dirección postal	Número del apartamento	Estado / País / Territorio

Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión

INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAID DE LA MADRE (Complete esto SÓLO si se aplica)

Nombre que usa la madre para Medicaid	Número de la cédula para Medicaid de la madre

REGISTRO DE IMMTRAC

¿Da usted su consentimiento para que incluyan la información sobre las inmunizaciones de su bebé en el Registro estatal de inmunizaciones, y para que compartan la información sobre las inmunizaciones con proveedores registrados?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No