

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

No. Identidad Medica Madre _____ No. Identidad Medica Criatura _____

RM: _____

La **COMIDA** del SENO EN DISCHARGE Y OR N _____

ENTREGAR a Dr/PERSONA _____
(Individuo físicamente presente en la entrega que es responsable de entrega)

La **INMUNIZACION B ACTUALIZADA DADA** Y OR N _____

El **RECONOCIMIENTO DE la PATERNIDAD** Y OR N _____

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. POR FAVOR HABLE AL NUMERO (936)266-3605 QUANDO ESTA FORMAS ESTA LISTA.

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA CRIATURA (SEXO DE LA CRIATURA) **MASCULINO** **FEMENINO**

Nombre del hospital o lugar	Dirección	Estado
CHI ST. LUKES HEALTH-THE WOODLANDS HOSPITAL	17200 ST. LUKE'S WAY	TEXAS
Condado	Ciudad	Código postal
MONTGOMERY	THE WOODLANDS	77384

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	

VS-109.1A REV 2/2005

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

Telefono # _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento (Estado / País / Territorio) solamente _____ 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 _____

--	--

<p>Educación de la madre</p> <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 <i>GED</i> <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)	<p>¿Es la madre de origen hispano?</p> <input type="checkbox"/> No, no es de origen español / hispano / latino <input type="checkbox"/> Sí, de origen mexicano, mexicano-americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, de origen puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, de origen cubano <input type="checkbox"/> Sí, de otro origen español / hispano / latino Especifique _____	<p>¿Cuál es la raza de la madre?</p> <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
--	--	---

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.

<input type="checkbox"/> Sí, Casada actualmente	<input type="checkbox"/> Sí, Nunca casada	<input type="checkbox"/> Sí, Divorciada	<input type="checkbox"/> 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)

Telefono # _____

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

- 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 el padre de origen hispano?

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

¿Cuál es la raza del padre?

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

¿Han hecho pruebas genéticas o de paternidad?

Dirección postal

Número del apartamento

 Sí 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?

 Sí No