

Partida de nacimiento de su bebé

Llene la siguiente planilla y entréguela al personal del hospital antes de retirarse del hospital. **Responda todas las preguntas** en la medida de sus posibilidades. La información de esta planilla se usa para completar la parte legal de la partida de nacimiento de su bebé, cumplir con las leyes federales y de Oregon y recabar datos útiles para la salud pública.

Asegúrese de brindar información correcta para la partida de nacimiento de su bebé

Es muy importante que proporcione nombres, fechas y lugares de nacimiento correctos. Indique los nombres completos y asegúrese de que los nombres del bebé, de la madre y del padre u otro progenitor estén escritos tal como usted desea que aparezcan en la partida de nacimiento. *Si todavía no decidió el nombre de su bebé, deje el espacio en blanco (todo lo que escriba en ese espacio será el nombre legal de su hijo).*

NOSOTROS NO SOLICITAMOS AUTOMÁTICAMENTE UNA PARTIDA DE NACIMIENTO LEGAL DE SU HIJO.

Usted puede solicitar una copia certificada de la partida de nacimiento en la oficina del registro civil de su condado (dentro de los seis meses del nacimiento) o en el Centro de Estadísticas de Salud del estado.

Recomendamos a los padres solicitar una copia certificada del acta de nacimiento dentro del primer año de vida del niño a fin de confirmar que la información es correcta (por ejemplo, que el nombre esté bien escrito).

Corrección de la partida de nacimiento de su bebé

Para corregir cualquier error en la partida de nacimiento, es preferible hacerlo dentro del primer año de vida de su bebé. Después del año, los requisitos para hacer correcciones y cambios en las actas son más complicados y, por lo general, se debe pagar una tarifa de corrección de \$35.

Si se necesita una corrección, comuníquese con el registro civil del estado mediante nuestro sitio en Internet: <http://www.oregon.gov/oha/ph/birthdeathcertificates/changevitalrecords/pages/index.aspx> o llámenos al 971-673-1190.

Información requerida por las leyes federales

Las leyes federales requieren obtener los números de Seguro Social de los padres al momento del nacimiento del niño. Esta información se utiliza solo a los fines de cumplir la ley y no se incluye en la partida de nacimiento.

Información útil para la salud pública

Muchas de las preguntas de la planilla no aparecen en la partida de nacimiento de su hijo. Su información médica es anónima y se combina con la información de otras actas de nacimiento de Oregon. Esta información combinada es útil para conocer los problemas que suelen tener las mujeres durante el embarazo. También le sirve a las agencias para decidir qué servicios ofrecer y para saber los diferentes niveles de necesidades de los distintos grupos de mujeres. Esa es la razón por la que solicitamos información sobre raza, etnia, nivel de educación, cantidad de consultas prenatales y otros datos específicos.

En raras ocasiones divulgaremos sus datos de contacto (nombre, dirección y número de teléfono) a los fines de realizar investigaciones de salud pública. En este tipo de investigaciones existen requisitos estrictos para comunicarse con las personas e informarles acerca de sus derechos en los proyectos que se llevan a cabo, incluso el derecho a negarse a participar. La información de contacto también puede entregarse a las agencias estatales para que informen a los padres acerca de oportunidades y programas que puedan ser útiles para sus hijos.

Muchas gracias.

Acta de nacimiento
PLANILLA PARA LOS PADRES

Lenar con letra de imprenta clara

NIÑO (Página 1 de 2)

Nombre legal, tal como desea que aparezca en la partida de nacimiento

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

Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Indeterminado <input type="checkbox"/> X	¿Desea solicitar un número de Seguro Social para su hijo? (Complete el documento adjunto: "Autorización para otorgar un número de Seguro Social a un recién nacido") <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------------------	---	--

MADRE BIOLÓGICA (LA QUE TUVO AL BEBÉ)

Nombre legal actual

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

Nombre legal antes del primer matrimonio (de soltera) o nombre legal cuando nació

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

Marcar si es el mismo que el nombre legal actual

Fecha de nacimiento MM / DD / AAAA	N° de Seguro Social <input type="checkbox"/> Marcar si no tiene	Lugar de nacimiento Estado País
---------------------------------------	---	---------------------------------------

DIRECCIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA

Domicilio de la madre

N° y calle	Depto./unidad/espacio	Ciudad	Condado	Estado	Cód. postal
------------	-----------------------	--------	---------	--------	-------------

Dirección postal de la madre (si es diferente)

N° y calle o casilla de correo (P.O. Box)	Depto./unidad/espacio	Ciudad	Condado	Estado	Cód. postal
---	-----------------------	--------	---------	--------	-------------

Marcar si es igual al domicilio

¿Vive dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	N° de teléfono principal	N° de teléfono secundario
--	--------------------------	---------------------------

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE BIOLÓGICA

Educación: ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

<input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos	<input type="checkbox"/> De 9 ^{no} a 12 ^{vo} grado, sin diploma	<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad, sin título	<input type="checkbox"/> Título terciario (p. ej., AA, AS)	<input type="checkbox"/> Título de grado (p. ej., BA, BS, AB)
<input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)	<input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título de especialización profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD)	

Origen hispano: ¿Tiene usted origen hispano? (Marque todas las que correspondan. No deje esta pregunta en blanco.)

<input type="checkbox"/> No, no tengo origen hispano	<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Sí, mexicana	<input type="checkbox"/> Sí, cubana	<input type="checkbox"/> Desconocido

Raza: ¿Cuál es su raza? (Marque todas las que correspondan. No deje esta pregunta en blanco.)

<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Guameña o chamorra
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Samoana
<input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska (especificar tribu): _____	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Indígena asiática	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especificar): _____	<input type="checkbox"/> Otra raza (especificar): _____
<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawai	<input type="checkbox"/> Desconocida
<input type="checkbox"/> Filipina		

SALUD DE LA MADRE BIOLÓGICA

Durante el embarazo, ¿recibió alimentos del programa WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cigarrillos que fumó por día <input type="checkbox"/> Marcar si no fumó
Altura ____ pies ____ pulgadas	Peso (antes del embarazo) ____ libras	Peso (al momento del parto) ____ libras	3 meses <u>antes</u> del embarazo Cantidad de cigarrillos: ____
			1° trimestre del embarazo Cantidad de cigarrillos: ____
			2° trimestre del embarazo Cantidad de cigarrillos: ____
			3° trimestre del embarazo Cantidad de cigarrillos: ____

¿Bebió alcohol durante el embarazo? Sí No Si contestó "Sí", indique cantidad promedio de vasos por semana: ____

¿Planificó tener el trabajo de parto y dar a luz en su hogar o en un centro de maternidad independiente (en lugar del pabellón de maternidad de un hospital)? Sí No

Si contestó "Sí", ¿quién la atendió al comenzar el trabajo de parto?

<input type="checkbox"/> Partera tradicional	<input type="checkbox"/> Enfermera obstétrica certificada
<input type="checkbox"/> Médico naturista	<input type="checkbox"/> Médico
<input type="checkbox"/> Partera independiente con licencia	

Personal del hospital

RELACIÓN LEGAL DE LOS PADRES**(Página 2 de 2)**

¿Tenía usted un cónyuge legal o una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón al momento de la concepción, del parto o dentro de los 300 días anteriores al parto? Sí **NO**

Si contestó "Sí", ¿estaba usted casada? Sí **NO**

Si no estaba casada, ¿tenía una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón? Sí **NO**

Si contestó "No" a todas las preguntas, ¿desea usted, junto con el padre, firmar en este momento un reconocimiento de paternidad para establecer la paternidad legal? Sí **NO**

COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO

Los padres pueden solicitar la partida de nacimiento de su hijo con el formato "Madre/Padre" o con el formato "Progenitor/Progenitor".

Deseo el siguiente formato: Madre/Padre Progenitor/Progenitor

PADRE O SEGUNDO PROGENITOR (Complete esta sección solo si contestó "Sí" a alguna de las preguntas de la sección "Relación legal de los padres" Y si desea incluir al padre o segundo progenitor en la partida de nacimiento.)

Nombre del padre o segundo progenitor

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Fecha de nacimiento

N° de Seguro Social

Marcar si no tiene

Lugar de nacimiento

Estado

País

MM / DD / AAAA

CARACTERÍSTICAS DEL PADRE O SEGUNDO PROGENITOR

Educación: ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

8^{vo} grado o menos

De 9^{no} a 12^{vo} grado, sin diploma

Diploma de secundaria o GED

Algunos créditos de universidad, sin título

Título terciario (p. ej., AA, AS)

Título de grado (p. ej., BA, BS, AB)

Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)

Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título de especialización profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD)

Origen hispano: ¿Tiene usted origen hispano? (Marque todas las que correspondan. No deje esta pregunta en blanco.)

No, no tengo origen hispano

Sí, puertorriqueña

Sí, otro origen hispano (especificar): _____

Sí, mexicana

Sí, cubana

Desconocido

Raza: ¿Cuál es su raza? (Marque todas las que correspondan. No deje esta pregunta en blanco.)

Blanca

Japonesa

Guameña o chamorra

Negra o afroamericana

Coreana

Samoana

Indígena americana o nativa de

Vietnamita

Otras islas del Pacífico

Alaska (especificar tribu): _____

Otra raza asiática

(especificar): _____

Indígena asiática

(especificar): _____

Otra raza (especificar): _____

China

Nativa de Hawai

Desconocida

Filipina

CUIDADOS PRENATALES

Forma de pago principal

Medicaid o Plan de Salud de Oregón (OHP)

Pago particular

Otro servicio estatal

Seguro privado

Servicios de salud indígenas

Otro: _____

Champus o Tricare

Fecha de la última menstruación:

Cuidados prenatales

Fecha de la primera consulta:

MM / DD / AAAA

Nacimientos vivos **anteriores**

(sin incluir a este bebé):

Cuántos siguen vivos: _____

Cuántos ya fallecieron: _____

Fecha del último nacimiento vivo: ____/____/____
MM AAAA

Embarazos con otros resultados (aborto espontáneo o inducido, o embarazo ectópico):

Cantidad: _____

(cantidad combinada de resultados)

Fecha del último resultado: ____/____/____
MM AAAA

MM / DD / AAAA

Cantidad total de consultas: _____

DECLARANTE

Madre biológica Padre o segundo progenitor mencionado en el acta Otro (indicar relación): _____

Si el declarante no es ninguno de los padres, indicar nombre del declarante

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Certifico que la información indicada en este formulario a los fines de registrar el nacimiento del niño es correcta a mi mejor saber y entender.

X _____ Fecha: _____

Firma del declarante

SP OHA 9704 (03/18)

Personal del hospital

Ninguna otra persona o agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir esta planilla llena.

AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A UN RECIÉN NACIDO

[Los padres pueden solicitar una copia de esta página para sus registros. Esta página no es un recibo.]

Si usted desea declarar a su hijo en la declaración jurada del impuesto a las ganancias, recibir servicios de diferentes programas federales y del estado o recibir otros beneficios, es indispensable solicitar un número de Seguro Social para su hijo. La información que usted proporcione en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no proporciona la información requerida, es posible que la Administración del Seguro Social (SSA) no le otorgue a su hijo un número de Seguro Social ni la credencial correspondiente.

Al firmar esta página, usted celebra un contrato con la SSA, mediante el cual autoriza al Centro de Estadísticas de Salud del Estado de Oregon a solicitar a la SSA un número de Seguro Social para su hijo. Esta página no tiene ningún otro fin (por ejemplo, no es un comprobante de que se haya solicitado el número de Seguro Social). **Para obtener un comprobante de solicitud de credencial de Seguro Social, pida al personal del hospital un recibo (Formulario SSA-2853, disponible en inglés y en español).**

NOMBRE DEL NIÑO

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento (mes / día / año): _____

¿Desea usted solicitar un número de Seguro Social para su hijo? Sí No

NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE

(tal como figura en la partida de nacimiento del niño)

En letra de imprenta: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Firma: _____ Fecha: _____

Última fecha de revisión: diciembre de 2015

Personal del hospital: Los padres pueden recibir una copia de esta página si la solicitan. Explicar a los padres que esta página no es un comprobante de que se ha solicitado un número de Seguro Social. Si los padres desean un comprobante de que se ha solicitado el número de Seguro Social para el recién nacido, entregarles el recibo (Formulario SSA-2853). Ninguna otra agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir una copia de esta página ni ningún tipo de información del informe de nacimiento vivo o de las planillas de nacimiento. Toda agencia que requiera información sobre un nacimiento o sobre un número de Seguro Social, deberá solicitarla al Centro de Estadísticas de Salud al teléfono: 971-673-1180.