



# New York City Department of Health and Mental Hygiene

## Bureau of Vital Statistics

Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York  
Oficina del Registro Demográfico

Estimada madre reciente (mujer que dará a luz):

El Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York emite la partida de nacimiento de su hijo. La partida de nacimiento es el registro legal permanente del nacimiento de su hijo y se utiliza como prueba de la edad, ciudadanía y parentesco de su hijo. La información que debe dar es obligatoria por ley. Si usted no completa este formulario correctamente, no podremos crear una partida de nacimiento fidedigna para su hijo.

La información sobre la educación, raza, consumo de tabaco, altura y peso antes del embarazo de la madre es recopilada para fines de salud pública. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York requiere preguntas adicionales marcadas con las siglas "QI" ("Quality Improvement" o en español "Mejoramiento de la calidad"). Las leyes de la Ciudad y el Estado de Nueva York protegen contra la divulgación ilícita de la información contenida en la partida de nacimiento para garantizar su confidencialidad y la de su hijo.

- Es sumamente importante que proporcione información completa y precisa para **TODAS** las preguntas. Escriba toda la información claramente en letra de imprenta.
- **La hoja se DEBE completar en inglés.** Si no la puede completar en inglés, comuníquese con el encargado del Registro de Nacimientos del hospital al \_\_\_\_\_.
- La hoja se DEBE completar y devolver al encargado del Registro de Nacimientos dentro de las 24 horas siguientes al nacimiento de su hijo.
- Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el encargado del Registro de Nacimientos del hospital.

Para propósitos de seguimiento del registro de nacimiento de la oficina / For Facility Birth Registration Tracking Purposes

### MOTHER/PARENT WORKSHEET - DATA COLLECTED FOR REGISTRATION OF NEWBORN BIRTH CERTIFICATE

Mother/Parent's MRN:

Mother/Parent's Name:

Child's MRN:

Child's DOB:

Number delivered this pregnancy

If more than one, birth order of this child

**Por favor, escriba todos los nombres en letra de imprenta exactamente como desea que aparezcan en la partida de nacimiento. Para cambiar esta información en el futuro, deberá enviar una solicitud de corrección al Departamento de Salud.**

**NIÑO / CHILD** Si nació más de un niño, indique el orden de nacimiento de este niño: \_\_\_\_\_

1. ¿Cuál será el NOMBRE LEGAL de su bebé?	PRIMER nombre del niño	SEGUNDO nombre (o nombres) del niño	APELLIDO del niño	Sufijo ( <i>Jr., III, 3rd, etc.</i> )
2. ¿Desea un número y tarjeta de Seguro Social para su bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si ha proporcionado más arriba el primer nombre y apellido legal del bebé recién nacido, puede solicitar un número de Seguro Social o NSS para su hijo. El Departamento de Salud enviará esa solicitud a la Administración del Seguro Social en el momento en que se registre la partida de nacimiento. Si no solicita el NSS ahora, deberá comunicarse directamente con el Seguro Social para obtenerlo para su hijo. El hospital, la maternidad y el Departamento de Salud no serán responsables de presentar la solicitud en representación suya.				
Si la respuesta es sí, la Administración del Seguro Social enviará la tarjeta por correo a la dirección postal de la madre.				

**MADRE / MOTHER (MUJER QUE DARÁ A LUZ)**

3. ¿Cuál es su nombre LEGAL ACTUAL?	Primer nombre de la madre	Segundo nombre de la madre	Apellido de la madre	
4. ¿Cuál es su nombre de SOLTERA?	<input type="checkbox"/> Mi nombre de soltera es mi nombre legal actual			
Nombre ANTES de su primer matrimonio	Primer nombre de la madre	Segundo nombre de la madre	Apellido de soltera de la madre	
5-7. ¿Cuál es su FECHA DE NACIMIENTO, EDAD y GÉNERO actual?	Fecha de nacimiento de la madre ____ Mes / ____ Día / ____ Año	Edad actual ____	Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
8. ¿Cuál es su NÚMERO DE SEGURO SOCIAL?	NSS de la madre <input type="checkbox"/> No tengo un Número de Seguro Social			
La ley federal, 42 USC 405(c) (§205 (c) de la Ley del Seguro Social), exige que se proporcionen los números de Seguro Social de los padres. Los números se pondrán a disposición de la Oficina de Ayuda Temporal y Ayuda por Incapacidad del Estado de Nueva York para ayudar a las actividades de ejecución de órdenes de sustento de los hijos y del Servicio de Rentas Internas (IRS), a través de la Administración del Seguro Social, a fin de determinar el cumplimiento de las normas relativas al crédito fiscal por ingresos del trabajo (Earned Income Tax Credit).	Se preguntará sobre el NSS del Padre en la sección de información del Padre, si aplica			
Su firma a continuación indica que la información sobre el número de Seguro Social en este formulario es correcta.				
Firma de la madre			Fecha ____ / ____ / ____ Mes Día Año	

**LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE / MOTHER'S BIRTHPLACE**

9. ¿Dónde NACIÓ?	Ciudad	Estado (Si no nació en los Estados Unidos, indique el país)	País extranjero	
10. Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿cuánto tiempo hace que vive en EE. UU.?	<input type="checkbox"/> ¿Nunca vivió en EE. UU.? (vaya a la próxima pregunta)	Número de años que ha vivido en EE. UU. ____	0 Si menos de un año:	Número de meses que ha vivido en EE. UU. ____

**DIRECCIÓN DE LA MADRE / MOTHER'S ADDRESS**

11. ¿Dónde VIVE HABITUALMENTE? ¿Dónde se encuentra su hogar físicamente?	Calle (NO escriba una casilla de correos ni Al cuidado de (c/o))	Número de departamento	Si es en la Ciudad de Nueva York, condado (municipio)	
Si no es en los EE. UU., indique la dirección, ciudad y país extranjero.	Ciudad	Estado	Código postal	País
	<input type="checkbox"/> Nueva York (Manhattan) <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings (Brooklyn) <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond (Staten Island)			
	¿Vive dentro de los límites de la ciudad especificados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fuera de la Ciudad de Nueva York (especifique el condado): _____			
12. ¿Cuál es su dirección POSTAL?	La misma que mi residencia HABITUAL antes mencionada <input type="checkbox"/> No tengo dirección postal <input type="checkbox"/> Si no tiene dirección postal, la partida NO se enviará por correo; deberá retirarla en el Departamento de Salud. Si la dirección postal es Al cuidado de (c/o), indique a continuación:			
	Al cuidado de (otra persona u organización/agencia)			
	Calle (No se permite una casilla de correo en una dirección postal de la Ciudad de Nueva York)	Número de departamento		
	Ciudad	Estado	Código postal	País
13. ¿Cuáles son sus números TELEFÓNICOS?	Día (____) _____ - _____		Noche (____) _____ - _____	

## CUALIDADES DE LA MADRE / MOTHER'S ATTRIBUTES

14. EDUCACIÓN: ¿Cuál es el nivel escolar más alto que había COMPLETADO cuando nació su bebé?

Marque (X) UNA sola opción.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8° grado o inferior; ninguno              | <input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años (por ejemplo: AA, AS)   |
| <input type="checkbox"/> 9° a 12° grado; sin diploma               | <input type="checkbox"/> Diploma universitario de cuatro años (por ejemplo: BA, AB, BS)  |
| <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED       | <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)   |
| <input type="checkbox"/> Estudios universitarios, pero sin diploma | <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD) o título académico profesional (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD) |

Sí  No

Ocupación (Por ejemplo: cajera de un negocio, cajera de un banco, enfermera, abogada, etc.)

Sector (por ejemplo: restauración, banca, atención de la salud, servicios legales, etc.)

15. ¿Tenía un EMPLEO durante el embarazo?

16. ¿Cuál es su OCUPACIÓN (trabajo) actual/más reciente?

17. ¿En qué SECTOR desarrolló esta ocupación (trabajo)?

No mencione el nombre de la empresa, pero escriba el tipo de negocio que es.

18. ¿Cuál es su ORIGEN?

Marque (X) UNA opción y especifique el origen que usted considera que aplica más a usted..

**Hispana** (Por ejemplo: mexicana, puertorriqueña, cubana, dominicana, etc.)

Especifique: \_\_\_\_\_

**NO hispana** (Por ejemplo: italiana, afroamericana, haitiana, pakistani, ucraniana, nigeriana, taiwanesa, etc.)

Especifique: \_\_\_\_\_

19. ¿Cuál es su RAZA?

Raza según la define el Censo de los EE. UU. Hispano no es una raza según el Censo de los EE. UU. Para origen hispano, por favor consulte la pregunta 18.

Marque (X) TODAS las opciones aplicables y especifique donde se indica.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca  | <input type="checkbox"/> Filipina                               | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai                                      |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana   | <input type="checkbox"/> Japonesa                               | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra                                   |
| <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska<br><small>(nombre de la tribu en la que está inscrita o tribu principal)</small> | <input type="checkbox"/> Coreana                                | <input type="checkbox"/> Samoana  |
| _____  | <input type="checkbox"/> Vietnamita                             | <input type="checkbox"/> Nativa de otra isla del Pacífico (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> India asiática  | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____                             |
| <input type="checkbox"/> China   |   |   |

## SALUD DE LA MADRE / MOTHER'S HEALTH

20. ¿Participó en el programa para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children, WIC) durante el embarazo?

(Nutrición suplementaria especial para Mujeres, Bebés y Niños).

Sí  No

21. ¿Cuál es su ALTURA?

22. ¿Cuál era su PESO ANTES DEL EMBARAZO?

Altura \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas      Peso antes del embarazo \_\_\_\_\_ libras

23. ¿Fumó CIGARRILLOS durante los tres meses antes de este embarazo o durante el mismo?

No  Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la cantidad promedio de cigarrillos por día o paquetes por día que fumó durante los siguientes periodos? Responda a continuación. Escriba 0 si NO fumó durante estos periodos.

Período	Número de cigarrillos por día	0	Número de paquetes por día
3 meses antes del embarazo	_____		_____
Primer trimestre del embarazo	_____		_____
Segundo trimestre del embarazo	_____		_____
Tercer trimestre del embarazo	_____		_____

24. ¿TOMÓ ALCOHOL durante este embarazo?

Sí  No

**Las preguntas de mejoramiento de la calidad (QI) son solicitadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York a fin de obtener más información sobre la calidad de la atención prenatal que reciben las neoyorquinas. Todas las respuestas se utilizarán únicamente para fines de salud pública.**

25. (QI) ¿Recibió ATENCIÓN PRENATAL? (atención médica para este embarazo) antes de ser admitida para el parto?

- No Pase a la Pregunta 26  
 Sí Si la respuesta es sí, responda a las siguientes preguntas:

Durante alguna de sus consultas de atención prenatal, ¿habló con usted un médico, enfermera u otro proveedor de atención médica sobre alguna de las cosas que se enumeran a continuación?

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| i) ¿Cómo el consumo de tabaco durante el embarazo puede afectar a su bebé?   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | v) ¿Qué métodos anticonceptivos se pueden utilizar después del embarazo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ii) ¿Cómo el consumo de alcohol durante el embarazo puede afectar a su bebé? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | vi) ¿Qué hay que hacer en caso de parto prematuro?                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| iii) ¿Cómo el consumo de drogas ilegales puede afectar a su bebé?            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | vii) ¿Cómo evitar el contagio del VIH (el virus que causa el SIDA)?      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| iv) ¿Cuánto tiempo hay que esperar antes de tener otro bebé?                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | viii) ¿Maltrato físico a la mujer por parte de su marido o pareja?       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

26. (QI) ¿Cuántas veces a la semana durante este embarazo hizo EJERCICIO por 30 minutos o más, además de sus actividades usuales?

\_\_\_\_\_ veces por semana

27. (QI) ¿Tuvo problemas con las ENCÍAS en algún momento durante el embarazo, por ejemplo, encías hinchadas o sangrantes?

Sí  No

28. (QI) Durante el embarazo, diría que:

Marque (X) UNA sola opción.

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No estuve deprimida | <input type="checkbox"/> Estuvo un poco deprimida       | <input type="checkbox"/> Estuvo muy deprimida y no recibí ayuda |
|  | <input type="checkbox"/> Estuvo moderadamente deprimida | <input type="checkbox"/> Estuvo muy deprimida pero recibí ayuda |

29. (QI) Justo antes de quedar embarazada, ¿cuáles eran sus sentimientos? Marque (X) UNA sola opción.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Quería haber quedado embarazada antes | <input type="checkbox"/> Quería quedar embarazada en ese momento                    |
| <input type="checkbox"/> Quería quedar embarazada más adelante | <input type="checkbox"/> No quería quedar embarazada en ese momento ni más adelante |

**Si su intención es que el nombre legal del padre del niño figure en la partida de nacimiento, usted debe proveer a continuación información exacta y completa y entregar el formulario completo al Registro de Nacimiento del hospital.**

**Y**

- 1) Si está casada, averigüe en el hospital qué necesita para asegurarse que el nombre de su esposo figure en la partida de nacimiento como el padre legal de su hijo; O
- 2) Si está casada y su esposo NO es el padre del niño, hable con el encargado del Registro de Nacimientos del hospital; O
- 3) Si no está casada, usted y el padre deben firmar un RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD delante de dos testigos que no sean familiares; O
- 4) Si sus circunstancias son distintas a las mencionadas, por favor hable con el encargado del Registro de Nacimientos del hospital.

**INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE PARA UN NACIMIENTO VIVO**  
Deberá ser completado por la madre o el padre

**PADRE / FATHER**

<p><b>30. ¿Cuál es el NOMBRE del padre de su bebé?</b> Escriba el nombre del padre exactamente como quiere que figure en la partida de nacimiento. Para cambiar esta información en el futuro, deberá enviar una solicitud de corrección al Departamento de Salud.</p>	<p>Primer nombre del padre</p>	<p>Segundo nombre (o nombres) del padre</p>	<p>Apellido del padre</p>	<p>Sufijo (Jr., III, 3rd, etc.)</p>
<p><b>31-33. ¿Cuál es la FECHA DE NACIMIENTO y EDAD actual del padre?</b></p>	<p>Fecha de nacimiento del padre Mes / Día / Año</p>		<p>Edad actual</p>	<p>Género <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino</p>
<p><b>34. ¿Cuál es el NÚMERO DE SEGURO SOCIAL del padre?</b> La ley federal, 42 USC 405(c) (§205 (c) de la Ley del Seguro Social), exige que se proporcionen los números de Seguro Social de los padres. Los números se pondrán a disposición de la Oficina de Ayuda Temporal y Ayuda por Incapacidad del Estado de Nueva York para ayudar a las actividades de ejecución de órdenes de sustento de los hijos y del Servicio de Rentas Internas (IRS), a través de la Administración del Seguro Social, a fin de determinar el cumplimiento de las normas relativas al crédito fiscal por ingresos del trabajo (Earned Income Tax Credit).</p>	<p>NSS del padre</p>		<p><input type="checkbox"/> El padre no tiene un número de seguro social</p> <p><i>La firma de la madre en la página anterior confirma que el NSS anterior es correcto.</i></p>	

**LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE / FATHER'S BIRTHPLACE**

<p><b>35. ¿Dónde NACIÓ el padre?</b></p>	<p>Ciudad</p>	<p>Estado (Si no nació en los Estados Unidos, indique el país)</p>	<p>País extranjero</p>
<p><b>36. Si el padre nació fuera de los Estados Unidos, ¿cuánto tiempo hace que el/ella vive en los EE. UU.?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ¿Nunca vivió en EE. UU.? (vaya a la próxima pregunta)</p>	<p>Número de años que ha vivido en EE. UU.</p>	<p>0 Si menos de un año:</p>
		<p>Número de meses que ha vivido en EE. UU.</p>	

**CUALIDADES DEL PADRE / FATHER'S ATTRIBUTES**

<p><b>37. EDUCACIÓN: ¿Cuál es el nivel escolar más alto COMPLETADO por el padre cuando nació su bebé?</b> <i>Marque (X) UNA sola opción.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 8° grado o inferior; ninguno <input type="checkbox"/> 9° a 12° grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Estudios universitarios, pero sin diploma</p> <p><input type="checkbox"/> Diploma universitario de dos años (por ejemplo: AA, AS) <input type="checkbox"/> Diploma universitario de cuatro años (por ejemplo: BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo: PhD, EdD) o título académico profesional (por ejemplo: MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>																		
<p><b>38. ¿Cuál es la OCUPACIÓN (trabajo) actual/más reciente del padre?</b></p>	<p>Ocupación (Por ejemplo: cajero de un negocio, cajero de un banco, enfermero, abogado, etc.)</p>																		
<p><b>39. ¿En qué SECTOR desarrolló el/ella esta ocupación (trabajo)?</b> <i>No mencione el nombre de la empresa, pero escriba el tipo de negocio que es.</i></p>	<p>Sector (por ejemplo: restauración, banca, atención de la salud, servicios legales, etc.)</p>																		
<p><b>40. ¿Cuál es el ORIGEN del padre?</b> <i>Marque (X) UNA opción y especifique el origen que el padre considera ser el suyo.</i></p>	<p><input type="checkbox"/> <b>Hispano</b> (Por ejemplo: mexicana, puertorriqueña, cubana, dominicana, etc.) Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>NO hispano</b> (Por ejemplo: italiana, afroamericana, haitiana, pakistani, ucraniana, nigeriana, taiwanesa, etc.) Especifique: _____</p>																		
<p><b>41. ¿Cuál es la RAZA del padre?</b> <i>Raza según la define el Censo de los EE. UU. Hispano no es una raza según el Censo de los EE. UU. Para origen hispano, por favor consulte la pregunta 40.</i> <i>Marque (X) TODAS las opciones aplicables y especifique donde se indica.</i></p>	<table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanco</td> <td><input type="checkbox"/> Filipino</td> <td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> <td><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Samoano</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><i>(nombre de la tribu en la que está inscrita o tribu principal)</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indio asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico (especifique)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chino</td> <td><input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique)</td> <td><input type="checkbox"/> Otra (especifique)</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro	<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano	<i>(nombre de la tribu en la que está inscrita o tribu principal)</i>			<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico (especifique)	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique)	<input type="checkbox"/> Otra (especifique)
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai																	
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Guameño o chamorro																	
<input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano																	
<i>(nombre de la tribu en la que está inscrita o tribu principal)</i>																			
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico (especifique)																	
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique)	<input type="checkbox"/> Otra (especifique)																	