

# 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 brinda, es utilizada para estudios investigativos para mejorar la salud de las madres y 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).

Por favor tenga en cuenta: Una vez registrado el nacimiento del 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 del estado de Rhode Island (el horario de atención de la oficina estatal es de 7:30 A.M. a 3:30 P.M.). Para obtener más información, visítenos en [www.health.ri.gov](http://www.health.ri.gov) o comuníquese con la Línea de Información del Departamento de Salud al **401-222-5960**.

## ESCRIBA EN LETRA IMPRENTA LEGIBLE

### Información del niño(a)

#### 1. ¿Cuál será el nombre legal de su niño(a) (como figurará en el certificado de nacimiento)?

1.<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2.<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

Tipo de parto (parto único, mellizos, etc.) \_\_\_\_\_ Orden de nacimiento (1.<sup>ro</sup>, 2.<sup>do</sup>, etc.) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Hora de nacimiento \_\_\_\_ : \_\_\_\_ a.m./p.m. Sexo del niño(a) \_\_\_\_\_

#### 2. Indique el nombre del hospital o dirección del lugar donde ocurrió el parto (número y nombre de la calle, y nombre de la ciudad)

\_\_\_\_\_  
*Nombre del hospital o dirección del lugar donde ocurrió el parto*

\_\_\_\_\_  
*Ciudad/Pueblo*

### Información de la persona que dio a luz

#### 3a. Indique su nombre legal actual.

1.<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2.<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

#### 3b. Por favor indique su nombre de soltera (como aparece en su acta de nacimiento antes de su primer matrimonio). \*No deje este espacio en blanco.

1.<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2.<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

#### 4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento y edad?

#### 5. ¿En qué estado, territorio de Estados Unidos o país extranjero nació?

\_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año      Edad

\_\_\_\_\_  
Nombre del estado, territorio de Estados Unidos o país extranjero

## 6. ¿Cuál es su Número de Seguro Social?

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

## 7. Estado civil: seleccione una opción y responda las preguntas que correspondan según su elección.

- Soltero (Seleccione una de las siguientes opciones).
  - El padre #2 de mi bebé y yo quisiéramos realizar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
  - El padre #2 de mi bebé y yo NO deseamos realizar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
  
- Casado
  - El padre #2 de mi bebé y yo quisiéramos realizar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
  - El padre #2 de mi bebé y yo NO deseamos realizar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
  
- Separado y mi esposo NO es el padre biológico de mi bebé (favor de completar el documento de *Negación de Paternidad VS-DPI*).
  
- Divorciado o viudo (Seleccione una de las siguientes opciones).
  - El padre #2 de mi bebé y yo quisiéramos realizar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.
    - o Fecha en que se divorció o enviudó (mes y año) \_\_\_\_\_
  - El padre #2 de mi bebé y yo NO deseamos realizar un *Reconocimiento Voluntario de Paternidad*.

La Oficina Estatal del Registro Civil exige que ambos padres presenten una identificación válida, emitida por el gobierno, al momento de realizar el *reconocimiento voluntario de paternidad* para agregar el nombre del padre al acta de nacimiento. De lo contrario, si no presentan una identificación válida al momento de realizar el reconocimiento de paternidad, el nombre del padre no será agregado al acta de nacimiento cuando se registre.

## Administración del Seguro Social: asignación de número al momento del nacimiento

### 8a. Asignación de Número de Seguro Social al momento del nacimiento

**¿Desea que se le asigne un Número de Seguro Social a su bebé? Si responde *Sí*, la Administración del Seguro Social (SSA) le asignará de forma automática un Número de Seguro Social a su hijo y usted recibirá una tarjeta en su domicilio postal. Si su respuesta es *No*, deberá solicitar un Número de Seguro Social en su oficina local del Seguro Social.**

- Sí** [Firme la solicitud que se incluye a continuación].
- No** [Pase a la pregunta 9a].

**8b. Autorizo a la Oficina Estatal del Registro Civil del Departamento de Salud del estado 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 asignado la tarjeta con el Número de Seguro Social.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Pueden firmar cualquiera de los padres o el tutor legal).

## Información de la persona que dio a luz (continuación)

### 9. ¿Cuál es su dirección postal? (dirección donde es enviado su correo).

Número y nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

Casilla de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, pueblo o ubicación: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(o territorio de Estados Unidos, Provincia de Canadá)

Si no es en Estados Unidos, indique el nombre del país: \_\_\_\_\_

### 9a. Por favor provea un correo electrónico

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### 10. ¿Cuál es su dirección de residencia? (dirección donde vive actualmente).

La misma que la dirección postal [Pase a la siguiente pregunta].

Número y nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N.º de apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad, pueblo o ubicación: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(o territorio de Estados Unidos, Provincia de Canadá)

Si no es en Estados Unidos, indique el nombre del país: \_\_\_\_\_

### 11. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que ha culminado al momento del parto? (Si actualmente está inscrita en alguna institución educativa, 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., en Humanidades [AA], Ciencias [AS])
- Licenciatura (ej., en Administración de Empresas [BA], Humanidades [AB/BA], Ciencias [BS])
- Maestría (ej., en Humanidades [MA], Ciencias [MS], Ingeniería [MEng], Medicina [MEd], Trabajo Social [MSW], Administración de Empresas [MBA])
- Doctorado (ej., en Filosofía [PhD], Educación [EdD]) o estudios profesionales superiores (ej., doctor en Medicina [MD], doctor en Odontología [DDS], doctor en Veterinaria [DVM], licenciado en Derecho [LLB], doctor en Derecho [JD])

### 12. Si no es inglés ¿qué idioma se habla habitualmente en su hogar?

Si no es inglés, por favor especifique el idioma (español, francés, portugués, etc.): \_\_\_\_\_

**13. ¿Es usted de origen Hispano o Latino? Si *no* lo es, marque la casilla *No*. Si es de origen Hispano o Latino, marque la casilla(s) correspondiente.**

- No, no soy de origen Hispano o Latino.
- Sí, soy de origen Hispano o Latino.
- Mexicana, mexicana-americana o chicana.
- Puertorriqueña.
- Cubana.
- Guatemalteca.
- Dominicana.
- Soy de otro origen hispano o latino (especifique): \_\_\_\_\_

**14. ¿Cuál es su raza? (Marque todas (*una o más*) las opciones correspondientes).**

- Blanca
- Negra o afroamericana
- India americana o nativa de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está inscrita) \_\_\_\_\_
- India asiática
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otra raza asiática (especifique) \_\_\_\_\_
- Nativa de Hawái
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Nativa de otras islas del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

**Información del padre #2 (solo si están casados o si existe el *Reconocimiento Voluntario de Paternidad* aprobado)**

**15a. Indique su nombre legal actual.**

1.<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2.<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_  
*Nombre legal actual*

**15b. Indique su nombre de soltero (como aparece en su acta de nacimiento antes de su primer matrimonio).**

1.<sup>er</sup> Nombre \_\_\_\_\_ 2.<sup>do</sup> Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_

**16. ¿Cuál es la fecha de nacimiento o país edad del padre #2?**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Mes    Día    Año    Edad

**17. ¿En qué estado, territorio de Estados Unidos extranjero nació el padre?**

\_\_\_\_\_  
Nombre del estado, territorio de Estados Unidos o país extranjero

**18. ¿Cuál es el Número de Seguro Social del padre #2?**

\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**19. ¿Cuál es la dirección de residencia del padre #2?**

La misma que el del padre #1 [Pase a la siguiente pregunta].

Número y nombre de la calle: \_\_\_\_\_ N° de apartamento: \_\_\_\_\_

Casilla de correo: \_\_\_\_\_ Ciudad, pueblo o ubicación: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado/país: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

**20. ¿Cuál es el máximo nivel de estudios que habrá culminado el padre #2 al momento del parto? (Si actualmente está inscrito en alguna institución educativa, 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., en Humanidades [AA], Ciencias [AS])
- Licenciatura (ej., en Administración de Empresas [BA], Humanidades [AB/BA], Ciencias [BS])
- Maestría (ej., en Humanidades [MA], Ciencias [MS], Ingeniería [MEng], Medicina [MEd], Trabajo Social [MSW], Administración de Empresas [MBA])
- Doctorado (ej., en Filosofía [PhD], Educación [EdD]) o estudios profesionales superiores (ej., doctor en Medicina [MD], doctor en Odontología [DDS], doctor en Veterinaria [DVM], licenciado en Derecho [LLB], doctor en Derecho [JD])

**21. ¿Es el padre #2 de origen Hispano o Latino? (Si no lo es, marque la casilla No. Si es de origen Hispano o Latino, marque la casilla(s) correspondiente).**

- No, no es de origen Hispano o Latino.
- Sí, es de origen Hispano o Latino.
- Mexicano, mexicano americano o chicano.
- Puertorriqueño.
- Cubano.
- Guatemalteco.
- Dominicano.
- Tiene otro origen Hispano o Latino (especifique): \_\_\_\_\_

**22. ¿Cuál es la raza del padre #2? (Marque todas las opciones (una o más) correspondientes)**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco  | <input type="checkbox"/> Coreano                                  |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano   | <input type="checkbox"/> Vietnamita                               |
| <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (nombre de la tribu principal o en la que está inscrito) _____ | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique) _____   |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái                          |
| <input type="checkbox"/> Chino   | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro                       |
| <input type="checkbox"/> Filipino  | <input type="checkbox"/> Samoano                                  |
| <input type="checkbox"/> Japonés   | <input type="checkbox"/> Nativo de otras islas del Pacífico _____ |
|  | <input type="checkbox"/> Otra raza (especifique) _____            |

## Información médica y otra información relacionada a la persona que dio a luz

23. ¿Cuál era su peso al momento del parto? (en libras)

\_\_\_\_\_ libras

24. ¿Cuánto pesaba usted antes de este embarazo? (en libras)

\_\_\_\_\_ Libras

25. ¿Cuál es su estatura?

\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

26. ¿Recibió usted alimentos del Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) para su consumo a causa de este embarazo?

- Sí
- No
- No sé

27. ¿Recibió usted la vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina (Tdap) durante este embarazo?

- Sí
- No
- No sé

28. ¿Recibió usted la vacuna contra la gripe (flu) durante los 12 meses previos a este embarazo?

- Sí
- No
- No sé

29. ¿Fumó usted durante su embarazo?

- Sí
- No

Si fumó durante su embarazo, en promedio ¿Cuántos cigarrillos o paquetes de cigarrillos fumó al día durante los siguientes periodos?

	Nro. de cigarrillos		Nro. de paquetes
Tres meses antes del embarazo	_____	o	_____
Primer trimestre	_____	o	_____
Segundo trimestre	_____	o	_____
Tercer trimestre	_____	o	_____

**29. ¿Consumió alcohol durante el embarazo? Si lo hizo, en promedio ¿qué cantidad de bebidas ingirió por semana?**

- Sí; cantidad promedio de bebidas por semana \_\_\_\_\_
- No
- No sé

**30. Historial de embarazos**

¿Es éste su primer embarazo?

- Sí
- No,

Si no es su primer embarazo, indique lo siguiente:

Número de partos anteriores nacidos con vida que aún viven \_\_\_\_\_

Número de partos anteriores nacidos con vida que fallecieron \_\_\_\_\_

Número de otros embarazos que se interrumpieron por aborto espontáneo o inducido \_\_\_\_\_

Fecha del último parto nacido con vida excluyendo este parto (mes, día, año) \_\_\_\_\_

Fecha del último embarazo interrumpido por aborto espontáneo o inducido (mes, día, año) \_\_\_\_\_

**31. Cuidado prenatal**

¿Recibió cuidado prenatal durante este embarazo?

- Sí
- No

Si recibió cuidado prenatal durante este embarazo, indique lo siguiente:

Fecha de la primera visita de cuidado prenatal (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita de cuidado prenatal (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Si desconoce las fechas, ingrese el mes que comenzó a recibir cuidado prenatal: \_\_\_\_\_

Número total de visitas de cuidado prenatal: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó su última menstruación (período o ciclo menstrual) normal (mes, día, año):

\_\_\_\_\_

**32. Información sobre el seguro de salud**

¿Quién paga su seguro de salud?

- RiteCare/Medicaid (plan federal o estatal)
- Privado (pagado por una compañía/ empleador)
- Pagó directamente al hospital (compañía de seguro no identificada)
- No tengo Seguro

¿Cuál es el nombre de la compañía de seguro de salud?

- Medicaid
- Blue Cross o Healthmate
- Blue Chip
- Tricare
- Neighborhood Health Plan
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Numero del Seguro de salud:** \_\_\_\_\_

## Persona que brinda la información

Por la presente, yo certifico que la información que he proporcionado en este documento es correcta de acuerdo 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.

**33a. Si es la persona que dio a luz, firme aquí:**

**33b. Si es otra persona, firme aquí:**

Si no es la persona que dio a luz, indique su parentesco con el bebé:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Padre #2      | <input type="checkbox"/> Empleado del hospital     |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar | <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |

**Entregue el formulario de información para el certificado de nacimiento completo a la Oficina de Registros Médicos según le indique el hospital.**



Le agradecemos que se haya tomado el tiempo de completar la información solicitada. La información será de utilidad para su hijo en los próximos años y gran parte de la información recopilada también será utilizada por investigadores en materia de salud y medicina para estudiar y mejorar la salud de las madres y los bebés recién nacidos a nivel local y nacional. Toda la información será confidencial y así se mantendrá.

VR-1H

Actualizado en Junio 2021