

Tipo de registro: Local del hospital Nacimiento en el hogar Nacimiento en camino Refugio Clínica/consultorio médico/atención de urgencia

Solo para uso de la oficina

N.º de historia clínica del niño/de la niña _____

Fecha y hora de nacimiento: __/__/____: ____:____

Sexo: _____ Si es plural, n.º de _____

Estado de New Jersey

Planilla de datos para el acta de nacimiento

Escriba en letra legible y responda TODAS las preguntas de este formulario en tinta azul o negra. Después de completarlo, entréguelo inmediatamente para su revisión.

DATOS DEMOGRÁFICOS

Información del niño/de la niña

Nombre del niño/de la niña (Nombre legal como aparecerá en el Acta de nacimiento)

1. **Primer nombre** _____ **Segundo** _____ **Apellido** _____ **Sufijo** _____

2. ¿Quiere un número de Seguro Social para su hijo/a? Sí No

Información de la madre/progenitora AIV

3. ¿Este embarazo fue consecuencia del uso de tecnología reproductiva artificial (IA, FIV, IUI)? Sí No

4. ¿Es este un caso de subrogación o de portadora gestacional? Sí No

Nombre legal actual de la madre/progenitora A

5. **Primer nombre** _____ **Segundo** _____ **Apellido** _____ **Sufijo** _____

Nombre completo asignado al nacer o en el acta de nacimiento de la madre/progenitora A (apellido de soltera)

6. **Primer nombre** _____ **Segundo** _____ **Apellido** _____ **Sufijo** _____

7. Número de seguro social ____-____-____ 8. Lugar de nacimiento (estado/país) _____ 9. Fecha de nacimiento __/__/____

Información domiciliaria de la madre/progenitora A

10. Dirección residencial _____ Apto. _____ Ciudad/pueblo _____ Código postal _____

Estado/país _____ Municipio _____ Condado _____

11. Teléfono _____

12. ¿La madre/progenitora A reside dentro de los límites de ciudad? Sí No 13. ¿La dirección postal es la misma que la residencial? Sí No

Dirección postal _____ Apto. _____ Ciudad/pueblo _____ Código postal _____

Estado/país _____ Municipio _____ Condado _____

Estado civil de la madre/progenitora A

13. Estado civil (si se divorcio o enviudo **hace menos de 300 días**, seleccione casado/a)

Casada (seleccione una opción)

- Registrar cónyuge en el acta de nacimiento
- No registrar cónyuge en el acta de nacimiento
- El cónyuge no es el padre. Registrar padre biológico en el acta de nacimiento.

Nunca se casó (seleccione una opción)

- Registrar padre en el acta de nacimiento
- No registrar padre en el acta de nacimiento

Divorciada o viuda (seleccione una opción)

- Registrar padre en el acta de nacimiento
- No registrar padre en el acta de nacimiento
- Fecha de divorcio/viudez __/__/____

Datos demográficos de la madre/progenitora A

14. Educación- (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel académico completo más alto al momento del parto)

- 8º grado o menos 9º - 12º grado; sin diploma Escuela secundaria o GED completo Algunos créditos universitarios, pero sin título Grado Asociado
- Licenciatura Maestría Doctorado o título profesional

15. Empleo

Empresa/Industria _____ Ocupación _____ 16. ¿Tuvo empleo el último año? Sí No

17. Información del empleador:

Nombre del empleador: _____ Calle y número _____ Ciudad/pueblo _____

Código postal: _____ Estado/país _____ Condado _____

18. Origen hispano- Marque la casilla que mejor describa si la madre/progenitora A es de origen español/hispano/latino.

No, no es de origen español/hispano/latino Sí, mexicana, mexicana estadounidense, chicana Sí, puertorriqueña Sí, cubana No respondió/desconocido
 Sí, de otro origen español/hispano/latino (especifique): _____

19. Raza- Marque una o mas casillas para indicar la(s) raza(s) con la(s) que se identifica la madre/progenitora A

Blanca Negra o afroamericana Indígena estadounidense o Nativa de Alaska _____ Asiática de la India China Filipina
 Japonesa Coreana Vietnamita Otro país asiático _____ Nativa de Hawái Guameña or chamorra Samoana
 Otra isla del Pacífico _____ Otra (mestiza, morena, etc.) _____

Información del padre/progenitor B

20. Nombre del padre/progenitor B

Primer nombre _____ Segundo _____ Apellido _____ Sufijo _____

21. Número de seguro social ____ - ____ - ____ 22. Lugar de nacimiento (estado/país) _____ 23. Fecha de nacimiento ____/____/____

Dirección del padre/progenitor B

24. ¿La residencia del padre/progenitor B es la misma que la de la madre/progenitora A? Sí No

Dirección residencial _____ Apto. _____ Ciudad/pueblo _____ Código postal _____

Estado/país _____ Municipio _____ Condado _____

25. Teléfono _____

26. ¿La dirección postal es la misma que la residencial? Sí No

Dirección postal _____ Apto. _____ Ciudad/pueblo _____ Código postal _____

Estado/país _____ Municipio _____ Condado _____

Datos demográficos del padre/progenitora B

27. Educación- (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel académico completo más alto alcanzado)

8º grado o menos 9º - 12º grado; sin diploma Escuela secundaria o GED completo Algunos créditos universitarios, pero sin título
 Grado Asociado Maestría Doctorado o título profesional Licenciatura

28. Empleo

Empresa/Industria _____ Ocupación _____ 29. ¿Tuvo empleo el último año? Sí No

30. Información del empleador:

Nombre del empleador: _____ Calle y número _____ Ciudad/pueblo _____

Código postal: _____ Estado/país _____ Condado _____

31. Origen hispano- Marque la casilla que mejor describa si el padre/progenitora B es de origen español/hispano/latino.

No, no es de origen español/hispano/latino Sí, mexicano, mexicano estadounidense, chicano Sí, puertorriqueño Sí, cubano No respondió/desconocido
 Sí, de otro origen español/hispano/latino (especifique): _____

32. **Raza-** Marque una o más casillas para indicar la(s) raza(s) con la(s) que se identifica la padre/progenitora B

- Blanca Negro o afroamericano Indígena estadounidense o Nativo de Alaska _____ Asiático de la India Chino Filipino
- Japonés Coreano Vietnamita Otro país asiático _____ Nativo de Hawái Guameño o chamorro Samoano
- Otra isla del Pacífico _____ Otro (mestizo, moreno, etc.)

Información del seguro

33. **Principal fuente de pago para este embarazo**

- Seguro privado Medicaid/ NJ Family Care Pago privado Otro (especifique) _____ Atención de caridad desconocido

34. **Titular de la póliza de seguro** Madre Padre Ambos

medico

35. **Detalles del seguro medico**

Aseguradora de la madre _____ Número de póliza de seguro de la madre _____

Aseguradora del padre _____ Número de póliza de seguro de la madre _____

Aseguradora de la portadora gestacional _____ Número de póliza de seguro de la portadora gestacional _____

Información de Mujeres, bebés y niños (WIC)

36. Si responde sí, número de WIC _____

Información general

37. **Idioma preferido para recibir información sobre la atención médica del bebé** _____

Exposición prenatal

Consumo de tabaco antes y durante el embarazo:

a. Para cada periodo seleccionado, ingrese la cantidad de cigarrillos promedio que fumaba por día.

- Tres meses antes del embarazo: _____
- Primer trimestre de embarazo: _____
- Segundo trimestre de embarazo: _____
- Tercer trimestre de embarazo: _____

Consumo de drogas y alcohol durante este embarazo:

a. ¿La madre consumió algo de lo siguiente durante este embarazo? (Seleccione todas las opciones que correspondan y encierre en un círculo la frecuencia):

- | | | | | |
|-------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Cocaína | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Heroína u otros opioides | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Alucinógenos | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Inhalantes | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Marihuana | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Otros medicamentos recetados no opioides | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |
| <input type="checkbox"/> Se desconoce | Menos de 1 día por semana | De 1 a 2 veces por semana | De 3 a 4 veces por semana | Todos los días |

39. **¿Estuvo expuesta la madre a alguno de los siguientes contaminantes ambientales?**

- Plomo (casa construida antes de 1978) Virus (pájaros o gatos en el hogar) Tabaco (humo de 2da o 3ra mano) Ninguno de los anteriores Se desconoce

