

## Formulario de certificado de nacimiento

Por favor llene la siguiente información, y tráigala cuando sea su parto.

<b>Nombre del bebé</b>	<b>Nombre de pila</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>
<hr/>			
<b>Información de la madre:</b>	<b>Nombre de pila</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido de soltera</b>
<hr/>			
<b>Dirección:</b>			
<b>¿Está casada legalmente?</b> Sí            No	<b>Estado/País de nacimiento:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Número de Seguro Social:</b>		Fecha del último día de trabajo: _____	
<b>Raza:</b> (marque con un círculo)	<b>Hispana:</b> (marque con un círculo)	<b>Ocupación:</b>	<b>Tipo de negocio/Industria:</b>
Caucásica	No (no hispana)		
Afroamericana	Sí- mexicana	<b>Nivel más alto de educación alcanzado:</b> (marque con un círculo)	
Asiática	Sí- cubana	Graduada de la secundaria	Num. de años terminados: _____
India-asiática	Sí- puertorriqueña	GED - Equivalente a escuela secundaria	Licenciatura
Otra: _____	Otra: _____	Grado de Asociado	Grado Profesional
<hr/>			
<b>Información del padre:</b>	<b>Nombre de pila</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido</b>
<hr/>			
<b>Dirección</b>			
<b>Estado/País de nacimiento:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>	
<b>Número de Seguro Social:</b>		Fecha del último día de trabajo: _____	
<b>Raza:</b> (marque con un círculo)	<b>Hispana:</b> (marque con un círculo)	<b>Ocupación:</b>	<b>Tipo de negocio/Industria:</b>
Caucásica	No (no hispana)		
Afroamericana	Sí- mexicana	<b>Nivel más alto de educación alcanzado:</b> (marque con un círculo)	
Asiática	Sí- cubana	Graduado de la secundaria	Num. de años terminados: _____
India-asiática	Sí- puertorriqueña	GED - Equivalente a escuela secundaria	Licenciatura
Otra: _____	Otra: _____	Grado de Asociado	Grado Profesional
<hr/>			
<b>Información confidencial de la madre para la Agencia de Salud</b>			
¿Cuántos niños tiene todavía vivos? _____		Cuando fue su ultimo periodo? _____	
Fecha de nacimiento de su hijo menor _____		En que mes (fecha) comenzo su cuidado prenatal? _____	
Semanas de embarazo a la primera visita al médico _____		Que tan frecuente visito a su medico _____ (numero de veces)	
Fecha de su última visita al médico _____			
¿Ha tenido un aborto involuntario alguna vez? <b>Sí/No</b> ¿Cuántos _____?    Mes/Año _____			
¿Recibió WIC cuando estubo embarazada?		<b>Sí/No</b>	¿Le gustaría pedir una tarjeta de seguro social para el bebé?
¿Fumó durante el embarazo?		<b>Sí/No</b>	<b>Sí/No</b>
Altura (in) _____	Peso antes del embarazo _____	Peso al dar a luz _____	
<b>Si la madre y el padre del recién nacido no están casados, ambos deberán llenar un formulario dentro de las 24 horas del nacimiento</b>			

**Todos los nacimientos, con o sin nombre, serán registrados por la Agencia de Salud dentro de las 24 horas del nacimiento.  
Nuestro objetivo es ayudar**