

Formulario de certificado de nacimiento

Conteste el siguiente cuestionario y envíelo por correo al hospital. Esta información la usaremos para elaborar el certificado de nacimiento del bebé.

Nombre del bebé	Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido
<hr/>			
Información de la madre:	Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido de soltera
<hr/>			
Dirección:			
¿Está casada legalmente?	Estado/País de nacimiento:	Fecha de nacimiento:	
Sí No			
Número de Seguro Social:	Fecha del último día de trabajo: _____		
Raza: (marque con un círculo)	Hispana: (marque con un círculo)	Ocupación:	Tipo de negocio/Industria:
Caucásica	No (no hispana)		
Afroamericana	Sí- mexicana	Nivel más alto de educación alcanzado: (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/>			
Información del padre:	Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido
<hr/>			
Dirección			
Estado/País de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
Número de Seguro Social:	Fecha del último día de trabajo: _____		
Raza: (marque con un círculo)	Hispana: (marque con un círculo)	Ocupación:	Tipo de negocio/Industria:
Caucásica	No (no hispana)		
Afroamericana	Sí- mexicana	Nivel más alto de educación alcanzado: (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/>			
Información confidencial de la madre para la Agencia de Salud			
¿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? Sí/No ¿Cuántos _____? Mes/Año _____			
¿Recibió WIC cuando estubo embarazada?		Sí/No	¿Le gustaría pedir una tarjeta de seguro social para el bebé?
¿Fumó durante el embarazo?		Sí/No	Sí/No
Altura (in) _____	Peso antes del embarazo _____	Peso al dar a luz _____	
<i>Si la madre y el padre del recién nacido no están casados, ambos deberán llenar un formulario dentro de las 24 horas del nacimiento</i>			

**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**