

El acta de nacimiento de su bebé

La información que solicitamos tiene varios propósitos, entre los cuales podemos mencionar:

- llenar la sección legal del acta de nacimiento de su bebé;
- recopilar la información que requiere la ley federal; y
- reunir información médica usada para salud pública.

Llenar la sección legal del acta de nacimiento de su bebé

Es muy importante que los nombres, fechas de nacimiento y lugares de nacimiento estén correctos. Por favor use nombres completos y escriba el nombre del bebé, del otro padre y su propio nombre exactamente como quiere que aparezcan en el acta de nacimiento. La primera vez que solicite una copia certificada del acta de nacimiento, por favor confirme que la información, incluyendo la ortografía, esté correcta.

Recopilar la información que requiere la ley federal

La ley federal requiere que se tomen los números de seguridad social de los padres en el momento del nacimiento. Esta información sólo se usaría para hacer cumplir la ley de manutención y no figura en el acta de nacimiento.

Reunir información médica usada para salud pública

En el formulario “Acta de Nacimiento Vivo” (archivado por el hospital) hay muchas preguntas cuyas respuestas no aparecerán en el acta de nacimiento de su hijo. Los datos que usted da se combinan con los de otros nacimientos en Oregón para saber qué servicios de salud se usaron, qué problemas tienen las mujeres durante el embarazo, y qué resultados de salud ocurren en Oregón.

Esta información ayuda a las agencias a decidir los servicios que van a ofrecer y a conocer los niveles de necesidad de distintos grupos de mujeres. Por esta razón pedimos información sobre raza, etnia, educación, número de visitas prenatales y muchas otras preguntas detalladas. Aunque estos datos no aparecen en el acta de nacimiento de su bebé, la información se usa para mejorar la salud de las mujeres y los bebés en el futuro, para mejorar programas y para seguir financiando los programas que tienen éxito. La ley de Oregón requiere que se reúna esta información.

Esta información también puede servir para identificar a infantes que necesitan servicios debido a problemas de salud. De ser así, personal de salud pública del estado o del condado se pondría en contacto con usted para derivar a su hijo al servicio que necesita. La información de contacto (nombre y dirección) se puede divulgar, en raras ocasiones, para fines de investigación en materia de salud pública. El objetivo de los investigadores de salud pública es comprender las necesidades médicas o de servicios, y ayudar a las comunidades a planificar para satisfacerlas. Cualquier investigación de este tipo tiene requisitos estrictos para contactar a las personas y comunicarles sus derechos en el proyecto, incluyendo el derecho a negarse a participar.

Por favor responda todas las preguntas según su mejor saber y entender. Cada una de las preguntas tiene un propósito.

Felicitaciones por su bebé y gracias por su ayuda.

Planilla de los padres para el acta de nacimiento

NIÑO

Nombre legal del niño, como quiere que aparezca en el acta de nacimiento

Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento Mes _____	Día _____	Año _____	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	

MADRE BIOLÓGICA

Nombre legal actual

Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sufijo
Nombre legal en su acta de nacimiento. No dé el nombre de un cambio de nombre legal (por ej. cambio de nombre ordenado por un tribunal, adopción, etc.) a menos que su acta de nacimiento se haya enmendado. <input type="checkbox"/> Igual que el nombre legal actual.				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento Mes _____	Día _____	Año _____		
Lugar de nacimiento Estado o provincia canadiense _____		País _____		

DIRECCIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA

Domicilio _____
Calle, número de apartamento o unidad

Ciudad _____ Condado _____ Estado/País _____ Código postal _____

¿Se encuentra dentro de los límites de la ciudad? Sí No No sé

Dirección postal Igual que el domicilio

Si es diferente _____
Calle o apartado postal, incluyendo número de apartamento o de unidad

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

ATRIBUTOS DE LA MADRE BIOLÓGICA

Educación: ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó?

<input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos	<input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)
<input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{vo} grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Título de grado (por ejemplo, BA, BS, AB)
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria o GED	<input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad pero sin título	<input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

Etnia: ¿Es de origen hispano? (por ej. cubana, mexicana, puertorriqueña, etc.). Marque uno o más; no deje en blanco.

<input type="checkbox"/> No, no soy española/hispana/latina	<input type="checkbox"/> Sí, cubana
<input type="checkbox"/> Sí, mexicana, mexico-americana, chicana	<input type="checkbox"/> Sí, otro origen español/hispano/latino (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña	

Raza: Raza o razas de la madre: Por favor marque una o más razas para indicar el grupo al que usted considera que pertenece.

<input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska (especificar tribu(s)) _____	<input type="checkbox"/> Samoana
<input type="checkbox"/> Indígena asiático	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana	<input type="checkbox"/> Blanca
<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Otra de Asia (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Guameña o chamorra	<input type="checkbox"/> Otra _____
<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Coreana	
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii	

ATRIBUTOS DEL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR continuado

Raza: Raza o razas del padre/segundo progenitor: Por favor marque una o más razas para indicar el grupo al que él considera que pertenece el padre/segundo progenitor.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska
(especificar tribu(s)) _____ | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiático | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Blanco |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otra de Asia
(especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico
(especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Otra
(especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Japonés | |
| <input type="checkbox"/> Coreano | |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii | |

PRENATAL

Pago principal para el parto

<input type="checkbox"/> Medicaid/OHP	<input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Champus/Tricare	
<input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Otro gubernamental	

Fecha de la última menstruación Mes _____ Día _____ Año _____

Atención prenatal No hubo atención prenatal

Primera visita prenatal Última visita prenatal

_____	_____	_____	_____	_____	_____
Mes	Día	Año	Mes	Día	Año

Total de visitas prenatales _____

Nacimientos vivos previos

Vivos en la actualidad Ninguno Número _____ Nacimientos vivos que fallecieron Ninguno Número _____

Fecha del último nacimiento vivo Mes _____ Año _____

Otros resultados de embarazos Ninguno Número _____ Fecha del último otro resultado Mes _____ Año _____

DECLARANTE Madre biológica Padre Segundo progenitor

Otro (especificar relación) _____

Si no es uno de los padres, _____

_____	_____	_____	_____
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido/s	Sufijo

Certifico que la información provista en este formulario para registrar el nacimiento es correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del declarante

Fecha de la firma: _____

Solicitud de emisión de número de Seguro Social

Nombre del niño

Primer nombre Segundo nombre Apellido/s Sufijo

Fecha de nacimiento (mes – día – año) _____

¿Quiere que se emita un número de Seguro Social para su hijo?

Sí No

Firma _____ Fecha de la firma _____

El número de Seguro Social es necesario para incluir al hijo en la declaración del impuesto sobre los ingresos de los padres, para tener derecho a recibir beneficios de numerosos programas estatales y federales, y para otros beneficios. Cuando se solicita un número de Seguro Social, la ley federal permite que la Administración de Seguridad Social (SSA) envíe la información de los padres y del hijo al Servicio de Impuestos Internos (*Internal Revenue Service* o IRS) para determinar los créditos del impuesto sobre los ingresos.

Además, la ley federal requiere que se registren los números de Seguro Social de los padres al momento del nacimiento del niño para fines de manutención de hijos. Esta información se dará a conocer a la División de Manutención de Hijos del Departamento de Justicia de Oregón.

Nombre de la madre biológica

Primer nombre Segundo nombre Apellido/s Sufijo

Número de Seguro Social _____ Ninguno

Nombre del padre/segundo progenitor (si figura en el acta de nacimiento)

Primer nombre Segundo nombre Apellido/s Sufijo

Número de Seguro Social _____ Ninguno

Este formulario y sólo este formulario se puede hacer parte del registro médico permanente para documentar la solicitud de que se emita un número de Seguro Social.