

## El certificado de nacimiento de su bebé (Centro de Estadísticas de Salud)

Complete esta hoja de trabajo y devuélvala al personal del hospital antes de abandonar el hospital. La información recopilada en esta hoja de trabajo se utiliza para completar el certificado de nacimiento legal de su bebé, cumplir con las leyes federales y de Oregon y recopilar información que se utiliza para la salud pública.

### Responda a todas las preguntas.

#### **Proporcione información correcta para el certificado de nacimiento de su bebé**

Es importante que proporcione los nombres, fechas y lugares de nacimiento **correctos**. Escriba los nombres completos y asegúrese de que la escritura del nombre del bebé, de la madre y del otro progenitor es **exactamente** la que desea que aparezca en el certificado de nacimiento. *Si aún no ha decidido el nombre de su hijo, deje este campo en blanco. El nombre que escriba quedará registrado como nombre legal de su hijo.*

#### **El certificado legal de nacimiento no se expide automáticamente.**

Puede solicitar una copia certificada de la partida de nacimiento en la oficina de registro civil de su condado (*en los seis meses siguientes al nacimiento*) o en el Centro de Estadísticas de Salud del Estado. Cada certificado tiene un costo de \$25. Se pueden aplicar otras tarifas.

**Recomendamos a los progenitores que soliciten una copia certificada del acta de nacimiento durante el primer año para confirmar que la información, incluida la escritura, es correcta.**

#### **Corrección de la partida de nacimiento de su bebé**

Si se necesita una corrección, comuníquese con la oficina del Estado para recibir instrucciones. Visite la opción "Change a Record" (Modificar un registro) del menú en nuestro sitio web en [HealthOregon.org/chs](http://HealthOregon.org/chs) o llámenos al 971-673-1190. Transcurrido un año desde el nacimiento, los requisitos para realizar modificaciones son más complicados y requieren el pago de una tarifa de modificación de \$35.

#### **Información obligatoria por la ley federal**

La ley federal exige que se recopilen los números de Seguro Social de los progenitores en el momento del nacimiento. Esta información es únicamente a efectos de manutención infantil y no se incluye en el certificado de nacimiento.

#### **Información para la salud pública**

Hay muchas preguntas en la hoja de trabajo que no aparecerán en el certificado de nacimiento de su hijo. La información que comparte es anónima y se combina con otras actas de nacimiento de Oregon. Cada pregunta tiene un objetivo. La información combinada se utiliza para saber qué problemas tienen las mujeres durante el embarazo. También ayuda a la Oregon Health Authority a evaluar la equidad de salud, decidir qué servicios ofrecer, evaluar la distribución de la financiación de la salud pública y determinar los niveles de necesidad entre grupos de mujeres. Por eso le solicitamos información sobre la raza, la etnicidad, el idioma y la discapacidad (Race, Ethnicity, Language and Disability, REALD), así como información sobre su formación, número de visitas prenatales y otras preguntas específicas. Compartir sus datos con nosotros no afectará a ningún beneficio que reciba del Estado. Puede encontrar un video con información sobre REALD en: [youtu.be/ytTZhMm0VsA](https://youtu.be/ytTZhMm0VsA).

La información de contacto (nombre, dirección y número de teléfono) puede divulgarse para investigaciones de salud pública. Cualquier investigación de este tipo tiene requisitos estrictos para contactarse con las personas e informarles de sus derechos en el marco del proyecto, incluido el derecho a negarse a participar. La información de contacto también puede divulgarse a organismos del Estado con el fin de informar a los progenitores de oportunidades y programas relevantes para su hijo.

# Hoja de trabajo para progenitores sobre el acta de nacimiento

Please print neatly in English.



## Información del niño

1. Nombre legal del niño; exactamente como desea que aparezca en el certificado de nacimiento:

<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Otro nombre</i>	<i>Apellido (escriba todos los apellidos en esta casilla)</i>	<i>Sufijo (por ejemplo: Jr/II)</i>
----------------------	-----------------------	--------------------	---------------------------------------------------------------	------------------------------------

2. Fecha de nacimiento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

3. Sexo

☐ Femenino ☐ Masculino  
☐ Indefinido  
☐ X

4. ¿Desea solicitar un número de Seguro Social para el niño? (Si la respuesta es afirmativa, complete la autorización adjunta para establecer el número de Seguro Social al nacer).

☐ Sí ☐ No

## Madre biológica (la persona que tuvo al bebé)

5. Nombre legal de la madre:

<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido (escriba todos los apellidos en esta casilla)</i>	<i>Sufijo</i>
----------------------	-----------------------	---------------------------------------------------------------	---------------

6. Nombre legal de la madre antes del primer matrimonio/nombre legal al nacer: ☐ El mismo que el nombre legal actual

<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Sufijo</i>
----------------------	-----------------------	-----------------	---------------

7. Fecha de nacimiento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

8. Número de Seguro Social:

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
☐ Marque si la respuesta es "Nada de esto".

9. Lugar de nacimiento (estado/territorio y país):

## Dirección de la madre biológica

10. Dirección de residencia de la madre:

<i>Dirección postal</i>	<i>Apartamento/Unidad/Espacio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Condado</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
-------------------------	-----------------------------------	---------------	----------------	---------------	----------------------

11. Dirección postal de la madre, si es diferente:

<i>Dirección postal; apartado de correos</i>	<i>Apartamento/Unidad/Espacio</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Condado</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal</i>
----------------------------------------------	-----------------------------------	---------------	----------------	---------------	----------------------

12. ¿Reside dentro de los límites urbanos?

☐ Sí ☐ No

13. N.º de teléfono principal:

14. N.º de teléfono secundario:

## Información demográfica de la madre biológica

15. ¿Cuál es el nivel de formación más alto de la madre?

<input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios incompletos; sin título	<input type="checkbox"/> Maestría
<input type="checkbox"/> De 9.º a 12.º grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Título técnico	<input type="checkbox"/> Doctorado o título académico profesional
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria o Diploma de Educación General (General Educational Development, GED)		
<input type="checkbox"/> Licenciatura		

**Raza o etnicidad: complete ambas preguntas (16 y 17)**

16. ¿Cómo identifica la madre su raza, etnicidad, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

17a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o etnicidad de la madre? **Marque todas las opciones que correspondan.**

Si seleccionan *Otro* o *Aborígen de América del Norte* y *nativo de Alaska*, proporcione información adicional en el espacio destinado a *Especifique* o *Especifique tribus*.

**Persona hispana y latina:**

- ☐ Centroamericano
  - ☐ Mexicano
  - ☐ Sudamericano
  - ☐ Cubano
  - ☐ Puertorriqueño
  - ☐ Otra persona hispana o latina
- Especifique*
- \_\_\_\_\_

**Nativo hawaiano e isleño del Pacífico:**

- ☐ Chamoru (Chamorro)
  - ☐ Marshallés
  - ☐ Comunidades de la región de Micronesia
  - ☐ Nativo hawaiano
  - ☐ Samoano
  - ☐ Otro origen de las Islas del Pacífico
- Especifique*
- \_\_\_\_\_

**Blanco:**

- ☐ De Europa del Este
  - ☐ Eslavo
  - ☐ De Europa Occidental
  - ☐ Otro origen blanco
- Especifique*
- \_\_\_\_\_

**Aborígen de América del Norte y nativo de Alaska:**

- ☐ Aborígen de América del Norte
  - ☐ Nativo de Alaska
  - ☐ Inuit, métis o de las Primeras Naciones de Canadá
  - ☐ Indígena de México, América Central o América del Sur
- Especifique tribus*
- \_\_\_\_\_

**Negro y afroamericano:**

- ☐ Afroamericano
  - ☐ Afrocaribeño
  - ☐ Etíope
  - ☐ Somalí
  - ☐ Otro africano (negro)
- Especifique*
- \_\_\_\_\_

- ☐ Otro origen negro
- Especifique*
- \_\_\_\_\_

**De Oriente Medio/Norte de África:**

- ☐ De Oriente Medio
- ☐ Del Norte de África

**Asiático:**

- ☐ Asiático indio
  - ☐ Camboyano
  - ☐ Chino
  - ☐ Comunidades de Birmania
  - ☐ Filipino
  - ☐ Hmong
  - ☐ Japonés
  - ☐ Coreano
  - ☐ Laosiano
  - ☐ Sudasiático
  - ☐ Vietnamita
  - ☐ Otro asiático
- Especifique*
- \_\_\_\_\_

- ☐ No se menciona, especifique:
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**Opciones de exclusión:**

- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

17b. Si la madre marcó **más de una** categoría de identidad racial o etnicidad, ¿hay **alguna** que considere su identidad racial o etnicidad **principal**?

- ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo la identidad racial o etnicidad principal de entre las opciones indicadas anteriormente.
- ☐ No tienen una identidad racial o etnicidad principal.
- ☐ No. Se identifican como birracial o multirracial.
- ☐ N/C. Marcaron una sola categoría.
- ☐ No lo sé.
- ☐ Prefiero no responder.

Idioma					
18a. ¿Qué idioma o idiomas habla la madre en su hogar?					
<p><b><i>Si el idioma o idiomas que se hablan en casa son únicamente el inglés, el lenguaje de señas americano o el lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y pase a la sección "Limitaciones funcionales de la madre".</i></b></p>					
18b. ¿Qué idioma prefiere usar la madre para comunicarse ( <i>en persona, por teléfono, de manera virtual</i> ) con alguien fuera de su hogar sobre temas importantes, como información médica, legal o de salud?					
18c. ¿Qué idioma prefiere usar la madre para leer información importante escrita, como información médica, legal o de salud?					
18d. ¿Qué nivel de inglés tiene la madre?					
<input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> No muy bueno <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder					
Limitaciones funcionales de la madre					
Las respuestas de la madre nos ayudarán a encontrar diferencias en salud y servicios entre personas con y sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.	<b>Sí</b> Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección? <i>Escriba "0" si es desde el nacimiento hasta la edad de 1 año.</i>	No	No lo sé	Prefiero no responder	No entiendo la pregunta
19. ¿Es sorda o tiene dificultades auditivas?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. ¿Es ciega o tiene serias dificultades para ver, incluso con anteojos?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. ¿Tiene dificultades para andar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. ¿Tiene dificultades graves para aprender cómo hacer las tareas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Al usar su idioma habitual ( <i>tradicional</i> ), ¿tiene dificultades graves para comunicarse ( <i>por ejemplo, para entender a los demás o que les entiendan</i> )?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responda a las preguntas 26 y 27 <b>únicamente</b> si tiene 15 años o más.					
26. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para realizar diligencias sola, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
27. ¿Tiene dificultades graves con su estado anímico, sentimientos intensos, control de su comportamiento, o tienen delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Salud de la madre biológica**

28. ¿Recibió alimentos para mujeres, bebés y niños (Women, Infants, and Children, WIC) para ella durante el embarazo?  
☐ Sí ☐ No

29. Estatura

\_\_\_\_ pies \_\_\_\_ pulg.

30a. Peso

(antes del embarazo)

\_\_\_\_ lb

30b. Peso

(al momento del parto)

\_\_\_\_ lb

32. ¿Ha bebido alcohol durante el embarazo?

☐ Sí; ¿cantidad promedio de bebidas a la semana? \_\_\_\_

☐ No

31. Consumo diario de cigarrillos

☐ Marque si la respuesta es “Nada de esto”.

3 meses *antes* del embarazo Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_

Primer trimestre de embarazo Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_

Segundo trimestre de embarazo Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_

Tercer trimestre de embarazo Cantidad de cigarrillos: \_\_\_\_

33a. ¿Planeaba dar a luz en casa o en un centro de maternidad independiente (*excluida la maternidad del hospital*)?

☐ Sí ☐ No

33b. Si la respuesta es afirmativa, el tipo de asistente principal previsto al inicio del parto era:

☐ Partera tradicional

☐ Partera certificada

☐ Naturópata

☐ Médico

☐ Partera de ingreso directo con licencia

**Relación legal de los progenitores**

34a. ¿Tenía la madre un cónyuge legal o una pareja de hecho registrada en Oregon en el momento de la concepción, en el momento del parto o en los 300 días anteriores al parto?

☐ Sí, la madre estaba casada en el momento de la concepción, en el momento del parto o en los 300 días anteriores al parto.

**Elija uno:**

☐ Sí, la madre formaba parte de una pareja de hecho registrada en Oregon en el momento de la concepción, en el momento del parto o en los 300 días anteriores al parto.

☐ No, la madre no estaba casada en el momento de la concepción, del parto o en los 300 días anteriores al parto.

34b. Si la madre ha respondido “**No**” a la pregunta anterior, ¿firmarán la madre y el padre un reconocimiento de paternidad para establecer la paternidad legal en este momento?

☐ Sí ☐ No, dejar en blanco los datos del padre en el acta de nacimiento

**Copias certificadas de actas de nacimiento**

Los progenitores pueden solicitar que en el certificado de nacimiento de su hijo conste el formato “Madre/Padre” o “Progenitora/Progenitor”.

35. Deseo recibir: ☐ Madre/Padre ☐ Progenitora/Progenitor

(Complete esta sección únicamente si ha respondido “Sí” a alguna de las preguntas de la sección “Relación legal de los progenitores” y desea incluir al padre/segundo progenitor en el certificado de nacimiento. Si la madre está casada, entonces **solo** puede incluir a su cónyuge o pareja de hecho registrada en Oregon para el apartado “Progenitor/segundo padre”).

36. Nombre del padre/segundo progenitor:

*Primer nombre*

*Segundo nombre*

*Apellido (escriba todos los apellidos en esta casilla)*

*Sufijo (por ejemplo: Jr/II)*

37. Fecha de nacimiento

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 M M D D A A A A

38. Número de Seguro Social:

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
☐ Marque si la respuesta es “Nada de esto”.

39. Lugar de nacimiento (*estado/territorio y país*):

**Información demográfica del padre/segundo progenitor**

40. ¿Cuál es el nivel de formación más alto del padre/segundo progenitor?

- ☐ 8.º grado o inferior      ☐ Estudios universitarios incompletos; sin título      ☐ Maestría  
☐ De 9.º a 12.º grado; sin diploma      ☐ Título técnico      ☐ Doctorado o título académico profesional  
☐ Diploma de escuela secundaria o GED      ☐ Licenciatura

**Raza o etnicidad: complete ambas preguntas (41 y 42)**

➡ 41. ¿Cómo identifica el padre/segundo progenitor su raza, etnicidad, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

➡ 42a. ¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o etnicidad del padre/segundo progenitor?

**Marque todas las opciones que correspondan.**

Si seleccionan *Otro* o *Aborígen de América del Norte* y *nativo de Alaska*, proporcione información adicional en el espacio destinado a *Especifique* o *Especifique tribus*.

**Persona hispana y latina:**

- ☐ Centroamericano  
☐ Mexicano  
☐ Sudamericano  
☐ Cubano  
☐ Puertorriqueño  
☐ Otra persona hispana o latina  
*Especifique*

**Nativo hawaiano e isleño del Pacífico:**

- ☐ Chamoru (Chamorro)  
☐ Marshalés  
☐ Comunidades de la región de Micronesia  
☐ Nativo hawaiano  
☐ Samoano  
☐ Otro origen de las Islas del Pacífico  
*Especifique*

**Blanco:**

- ☐ De Europa del Este  
☐ Eslavo  
☐ De Europa Occidental  
☐ Otro origen blanco  
*Especifique*

**Aborígen de América del Norte y nativo de Alaska:**

- ☐ Aborígen de América del Norte  
☐ Nativo de Alaska  
☐ Inuit, métis o de las Primeras Naciones de Canadá  
☐ Indígena de México, América Central o América del Sur  
*Especifique tribus*

**Negro y afroamericano:**

- ☐ Afroamericano  
☐ Afrocaribeño  
☐ Etíope  
☐ Somalí  
☐ Otro africano (negro)  
*Especifique*
- ☐ Otro origen negro  
*Especifique*

**De Oriente Medio/Norte de África:**

- ☐ De Oriente Medio  
☐ Del Norte de África

**Asiático:**

- ☐ Asiático indio  
☐ Camboyano  
☐ Chino  
☐ Comunidades de Birmania  
☐ Filipino  
☐ Hmong  
☐ Japonés  
☐ Coreano  
☐ Laosiano  
☐ Sudasiático  
☐ Vietnamita  
☐ Otro asiático  
*Especifique*

☐ No se menciona, especifique:

**Opciones de exclusión:**

- ☐ No lo sé  
☐ Prefiero no responder

42b. Si el padre/segundo progenitor marcó **más de una** categoría de identidad racial o etnicidad, ¿hay **alguna** que consideren su identidad racial o etnicidad **principal**?

- ☐ Sí. Si la respuesta es afirmativa, marque con un círculo la identidad racial o etnicidad principal de entre las opciones indicadas anteriormente.  
☐ El padre/segundo progenitor tiene una identidad racial o etnicidad principal.  
☐ No. El padre/segundo progenitor se identifica como birracial o multirracial.  
☐ N/C. El padre/segundo progenitor marcó una sola categoría.  
☐ No lo sé.  
☐ Prefiero no responder.



**Idioma**

43a. ¿Qué idioma o idiomas habla el padre/segundo progenitor en su hogar?

***Si el idioma o idiomas que se hablan en casa son únicamente el inglés, el lenguaje de señas americano o el lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y pase a la sección "Limitaciones funcionales del padre/segundo progenitor".***

43b. ¿Qué idioma prefiere usar el padre/segundo progenitor para comunicarse (*en persona, por teléfono, de manera virtual*) con alguien fuera de su hogar sobre temas importantes, como información médica, legal o de salud?

43c. ¿Qué idioma prefiere usar el padre/segundo progenitor para leer información importante escrita, como información médica, legal o de salud?

43d. ¿Qué nivel de inglés tiene el padre/segundo progenitor?

☐ Muy bueno    ☐ Bueno    ☐ No muy bueno    ☐ Para nada    ☐ No lo sé    ☐ Prefiero no responder
**Limitaciones funcionales del padre/segundo progenitor**

Las respuestas del padre/segundo progenitor nos ayudarán a encontrar diferencias en salud y servicios entre personas con y sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.	<b>Sí</b> Si la respuesta es "Sí", ¿a qué edad comenzó esta afección? <i>Escriba "0" si es desde el nacimiento hasta la edad de 1 año.</i>	<b>No</b>	<b>No lo sé</b>	<b>Prefiero no responder</b>	<b>No entiendo la pregunta</b>
44. ¿Es sordo o tiene dificultades auditivas?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. ¿Es ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso con anteojos?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. ¿Tiene dificultades para andar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48. ¿Tiene dificultad para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49. ¿Tiene dificultades graves para aprender cómo hacer las tareas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50. Al usar su idioma habitual ( <i>tradicional</i> ), ¿tiene dificultades graves para comunicarse ( <i>por ejemplo, para entender a los demás o que les entiendan</i> )?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda a las preguntas 51 y 52 <b>únicamente</b> si el padre/segundo progenitor tiene 15 años o más.					
51. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para realizar diligencias solo, como visitar el consultorio del médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
52. ¿Tiene dificultades graves con su estado anímico, sentimientos intensos, control de su comportamiento, o tienen delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/> edad:_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Please print neatly in English.

### Prenatal

53. Principal método de pago ☐ Pago autónomo ☐ Otros organismos gubernamentales  
☐ Medicaid/Plan de Salud de Oregon ☐ Servicio de salud indígena ☐ Otro: \_\_\_\_\_  
☐ Seguro privado ☐ Champus/Tricare

54. Fecha de la última menstruación (*fecha del último período*):

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D A A A A

55. Fecha de la primera visita prenatal:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Cantidad total de visitas: \_\_\_\_\_  
M M D D A A A A

56. Nacimientos vivos anteriores (*sin incluir a este bebé*):

Cantidad con vida hasta la actualidad: \_\_\_\_\_ Cantidad de fallecidos hasta la actualidad: \_\_\_\_\_

Fecha del último nacido vivo: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M A A A A

57. Otras situaciones de embarazo (*interrupciones espontáneas o inducidas o embarazo ectópico*):

Cantidad combinada de otras situaciones: \_\_\_\_\_ Fecha de alguna otra situación: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M A A A A

### Informante (*persona que proporciona la información*)

58a. ☐ Madre biológica ☐ Padre/segundo progenitor registrado ☐ Otro (*especifique la relación*): \_\_\_\_\_

58b. Nombre del informante (*Si no es uno de los progenitores*):

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

59. Certifico que la información proporcionada en este formulario, con el propósito de completar el acta de nacimiento, es precisa de acuerdo a mi entendimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma del informante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma



## Autorización para establecer el número de Seguro Social al nacer

(Los progenitores que lo soliciten pueden recibir una copia de esta página para sus archivos. Esta página no es un recibo.)

Se necesita un número de Seguro Social si desea reclamar a su hijo en su declaración de impuestos, para calificar para muchos programas del Estado y federales y otros beneficios. La información que proporcione en este formulario es voluntaria. Sin embargo, el hecho de no proporcionar la información solicitada puede impedir que la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) expida a su hijo un número y una tarjeta del Seguro Social.

Bajo contrato con la SSA, su firma en esta página autoriza al Centro de Estadísticas de Salud del estado de Oregon a presentar a la SSA una solicitud para que se le asigne un número de Seguro Social a su hijo. Esta página no está destinada a ningún otro uso, como prueba de que se ha solicitado un número de Seguro Social. **Para obtener una prueba de que ha solicitado una tarjeta de Seguro Social, solicite al personal del hospital un recibo, el formulario SSA-2853 (disponible en inglés y en español).**

### Nombre del niño

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

¿Desea que su hijo tenga un número de Seguro Social? ☐ Sí ☐ No

**Nombre legal actual de la madre (tal como aparece en el certificado de nacimiento del niño)**

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Firma	Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)
-------	--------------------------------

**Los centros, las parteras y los progenitores que atienden partos en casa deben enviar este formulario por fax al 971-673-3122.**

El personal del hospital puede proporcionar a los progenitores una copia de esta página si así lo solicitan. Indique a los progenitores que esta página no constituye una prueba de que se ha solicitado un número de Seguro Social. Si le solicitan un comprobante de la solicitud de empadronamiento al nacer, entrégueles el recibo (formulario SSA-2853). No debe proporcionarse a ningún organismo que no sea el Centro de Estadísticas de Salud una copia de la página o cualquier información del informe de nacido vivo o de las hojas de trabajo. Remita todas las solicitudes de información sobre números de nacimiento o de Seguro Social de las agencias al Centro de Estadísticas de Salud en [CHS.Registration@oha.oregon.gov](mailto:CHS.Registration@oha.oregon.gov) o al 971-673-1190.

Puede obtener este documento en otros idiomas, en letra grande, en braille o en el formato que usted prefiera de forma gratuita. Comuníquese con el Centro de Estadísticas de Salud en CHS.Registration@oha.oregon.gov o al 971-673-1190. Aceptamos llamadas por servicio de retransmisión.