

## 귀하의 아기 출생 증명서 (보건 통계 센터)

병원을 떠나기 전에 이 워크시트를 작성하여 병원 직원에게 반납하십시오. 이 워크시트에 수집된 정보는 귀하의 아기의 법적 출생 증명서를 작성하고, 오리건 주 및 연방법을 충족시키며, 공중 보건을 위해 사용되는 정보를 수집하는 데 사용됩니다.

### 모든 질문에 답변하십시오.

#### 귀하의 아기의 출생 증명서를 위해 정확한 정보를 제공하십시오

귀하가 **정확한** 이름, 생년월일, 출생지를 제공하는 것이 중요합니다. 성명을 기재하고 아기의 이름 철자, 어머니, 그리고 다른 부모가 출생 증명서에 표시되길 원하는 대로 **정확한지** 확인하십시오. **귀하의 자녀의 이름을 아직 결정하지 않은 경우, 공란으로 남겨두십시오. 귀하가 작성하는 것이 귀하의 자녀의 법적 이름이 됩니다.**

#### 법적 출생 증명서는 귀하를 위해 자동으로 발급되지 않습니다.

귀하는 귀하의 카운티 출생 기록 사무소(출생 후 6개월 이내) 또는 주 보건 통계 센터에서 출생 증명서 등본을 발급 신청할 수 있습니다. 각 증명서 당 \$25 수수료가 있습니다. 기타 수수료가 적용될 수 있습니다. 저희는 부모들이 철자를 포함하여 정보가 정확한지 확인하기 위해 첫 해 이내에 출생 기록의 인증된 사본을 주문할 것을 권장합니다.

#### 귀하의 아기의 출생 증명서 정정

정정이 필요한 경우, 지침은 주 사무소에 연락하십시오. 웹사이트 [HealthOregon.org/chs](http://HealthOregon.org/chs)의 “기록 변경 (Change a Record)” 메뉴를 방문하거나, 971-673-1190번으로 전화하십시오. 출생 1년 후, 변경하기 위한 요건은 보다 복잡하며 \$35 수정 수수료가 필요합니다.

#### 연방법에 의해 요구되는 정보

연방법은 출생 시 부모의 사회보장번호를 수집하도록 요구합니다. 이 정보는 자녀 지원 목적을 위해서만 필요하며 출생 증명서에 포함되지 않습니다.

#### 공중 보건을 위해 사용되는 정보

워크시트에는 귀하의 자녀의 출생 증명서에 표시되지 않을 많은 질문들이 있습니다. 귀하가 공유하는 정보는 익명이며 다른 오리건 주 출생 기록과 통합됩니다. 각 질문은 목적이 있습니다. 통합된 정보는 여성들이 임신 기간 동안 경험하는 문제들이 무엇인지 알려줍니다. 또한, 오리건 주 보건 당국이 보건 평등을 평가하고, 제공할 서비스를 결정하며, 공중 보건 기금의 분배를 평가하고, 여성 집단 내 필요 수준을 결정하는 데 도움이 됩니다. 이것이 인종, 민족, 언어, 장애(REALD)에 대한 정보 및 귀하의 교육, 산전 방문 수, 기타 많은 상세 질문에 대한 정보를 묻는 이유입니다. 귀하가 저희에게 데이터를 제공해 주신다고 해서 주 당국으로부터 받는 일체의 혜택에 미치는 영향은 없을 것입니다. REALD 정보가 포함된 비디오는 [youtu.be/yuTZhMm0VsA](https://youtu.be/yuTZhMm0VsA)에서 확인할 수 있습니다.

연락 정보(이름, 주소, 전화 번호)는 공중 보건 연구를 위해 공개될 수 있습니다. 이러한 유형의 모든 연구에는 사람들에게 연락하고 참여를 거부할 권리를 포함하여, 프로젝트 하에서 사람들의 권리를 말해주는 것에 대한 엄격한 요건들이 있습니다. 연락처 정보는 또한 귀하의 자녀와 관련된 기회 및 프로그램을 부모들에게 알릴 목적으로 주 당국에 공개될 수 있습니다.

# 출생 기록 부모용 워크시트

영문 정자로 작성해 주십시오.



## Child's information | 자녀 정보

### 1. Child's legal name; exactly as you want it to appear on the birth certificate:

출생 증명서에 표시하고자 하는 자녀의 법적 이름:

<b>First</b> 이름	<b>Middle</b> 중간 이름	<b>Other middle</b> 다른 중간 이름	<b>Last (list multiple names in this box)</b> 성(성이 여러 개일 경우 이 칸에 모두 기재하십시오)	<b>Suffix</b> (ex: Jr/II) 이름 뒤 표기 (예: Jr/II)
--------------------	------------------------	---------------------------------	--	--

### 2. Date of birth

생년월일

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D Y Y Y Y  
M M D D Y Y Y Y

### 3. Sex | 성별

☐ Female ☐ Male  
여성 남성  
☐ Undetermined  
결정되지 않음  
☐ X | X

### 4. Do you want to request a Social Security number for the child? (If yes, complete attached authorization to establish Social Security number at birth.)

자녀를 위한 사회보장번호를 요청하고자 합니까? (예인 경우, 출생 시 사회보장번호를 설정하기 위해 첨부된 허가서를 작성하십시오.)

☐ Yes | 예 ☐ No | 아니요

## Birth mother (the person who had the baby) | 친어머니(아기를 출산한 사람)

### 5. Mother's legal name:

어머니의 법적 이름:

<b>First</b> 이름	<b>Middle</b> 중간 이름	<b>Last (list multiple names in this box)</b> 성(성이 여러 개일 경우 이 칸에 모두 기재하십시오)	<b>Suffix</b> 이름 뒤 표기
--------------------	------------------------	--	--------------------------

### 6. Mother's legal name prior to first marriage/legal name at birth:

첫 결혼 전 어머니 법적 이름/출생 시 법적 이름:

<b>First</b> 이름	<b>Middle</b> 중간 이름	<b>Last</b> 성	<b>Suffix</b> 이름 뒤 표기
--------------------	------------------------	------------------	--------------------------

### ☐ Same as current legal name

현재 법적 이름과 동일

### 7. Date of birth

생년월일

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D Y Y Y Y  
M M D D Y Y Y Y

### 8. Social Security number:

사회보장번호:

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
☐ Check if none  
없는 경우 체크하십시오

### 9. Birthplace (state/territory & country):

출생지(주/자치령 및 국가):

영문 정자로 작성해 주십시오.

### Birth mother's address | 친어머니의 주소

**10. Mother's address of residence:**

어머니의 거주 주소:

*Street address*

도로명 주소

*Apt/Unit/Space*

상세주소

*City*

시

*County*

카운티

*State*

주

*ZIP*

우편번호

**11. Mother's mailing address, if different:**

어머니의 우편 주소(다른 경우):

*Street address; PO Box*

도로명 주소; 사서함

*Apt/Unit/Space*

상세주소

*City*

시

*County*

카운티

*State*

주

*ZIP*

우편번호

**12. Residence inside city limits?**

시 경계 내부 거주지?

☐ Yes | 예    ☐ No | 아니요

**13. Primary phone number:**

1차 전화번호:

**14. Secondary phone number:**

2차 전화번호:

### Birth mother's demographics | 친어머니 인구통계

**15. What is the highest level of education the mother has completed?**

어머니의 최종 학력은 무엇입니까?

☐ 8th grade or less

8학년 이하

☐ 9th–12th grade; no diploma

9–12학년; 졸업장 없음

☐ High school diploma or GED

고등학교 졸업장 또는 GED

☐ Some college; no degree

일부 대학 과정 이수; 학위 미취득

☐ Associate's degree

준학사 학위

☐ Bachelor's degree

학사 학위

☐ Master's degree

석사 학위

☐ Doctorate or professional degree

박사 학위 또는 전문 학위

영문 정자로 작성해 주십시오.

**Race or ethnicity: complete both questions (16 and 17)**

인종 또는 민족: 두 질문을 모두 작성해 주십시오(16 및 17)

➡ 16. How does the mother identify their race, ethnicity, tribal affiliation, country of origin, or ancestry?  
어머니는 자신의 인종, 민족, 부족 소속, 출신 국가 또는 조상을 어떻게 식별합니까?

➡ 17a. Which of the following describes the mother's racial or ethnic identity? **Please check all that apply.**  
If they select *Other* or *American Indian* and *Alaskan Native*, please provide additional information in the space provided for *Specify* or *Specify Tribe(s)*.  
다음 중 어머니의 인종 또는 민족 정체성을 표현하는 것은 무엇입니까? **해당 사항 모두에 체크하십시오.** 기타 또는 *아메리카 원주민* 및 *알래스카 원주민*을 선택하는 경우, *명시* 또는 *부족(들)* *명시*를 위해 제공된 란에 추가 정보를 제공하십시오.

**Hispanic and Latino/a/x:**

히스패닉 및 라틴계:

- ☐ Central American | 중앙아메리카인
- ☐ Mexican | 멕시코인
- ☐ South American | 남아메리카인
- ☐ Cuban | 쿠바인
- ☐ Puerto Rican | 푸에르토리코인
- ☐ Other Hispanic or Latino/a/x | 기타 히스패닉 및 라틴계  
*Specify | 명시*

**Black and African American:**

흑인 및 아프리카계 미국인:

- ☐ African American | 아프리카계 미국인
- ☐ Afro-Caribbean | 아프리카계 카리브해인
- ☐ Ethiopian | 에티오피아인
- ☐ Somali | 소말리아인
- ☐ Other African (Black) | 기타 아프리카계(흑인)  
*Specify | 명시*

- ☐ Other Black | 기타 흑인  
*Specify | 명시*

**Native Hawaiian and Pacific Islander:**

하와이 원주민/태평양 섬 주민:

- ☐ CHamoru (Chamorro) | 차모르족
- ☐ Marshallese | 마셜제도인
- ☐ Communities of the Micronesian Region | 미크로네시아 지역의 커뮤니티들
- ☐ Native Hawaiian | 하와이 원주민
- ☐ Samoan | 사모아인
- ☐ Other Pacific Islander | 기타 태평양 섬 주민  
*Specify | 명시*

**American Indian and Alaska Native:**

아메리카 원주민 및 알래스카 원주민:

- ☐ American Indian | 아메리칸 인디언
- ☐ Alaska Native | 알래스카 원주민
- ☐ Canadian-Inuit, Metis, or First Nation | 캐나다-이누이트, 메티스 또는 퍼스트 네이션
- ☐ Indigenous Mexican, Central American, or South American | 토착 멕시코, 중앙아메리카인 또는 남아메리카인  
*Specify Tribe(s) | 부족(들) 명시*

**Middle Eastern/North African:**

중동/북부 아프리카인:

- ☐ Middle Eastern | 중동 아프리카인
- ☐ North Africa | 북부 아프리카

**White:**

백인:

- ☐ Eastern European | 동유럽인
- ☐ Slavic | 슬라브인
- ☐ Western European | 서유럽인
- ☐ Other White | 기타 백인  
*Specify | 명시*

**Asian:**

아시아계:

- ☐ Asian Indian | 인도인
- ☐ Cambodian | 캄보디아인
- ☐ Chinese | 중국인
- ☐ Communities of Myanmar | 미얀마 커뮤니티들
- ☐ Filipino/a | 필리핀인
- ☐ Hmong | 몽족
- ☐ Japanese | 일본인
- ☐ Korean | 한국인
- ☐ Laotian | 라오스인
- ☐ South Asian | 남아시아인
- ☐ Vietnamese | 베트남인
- ☐ Other Asian | 기타 아시아인  
*Specify | 명시*

영문 정자로 작성해 주십시오.

17b. If the mother checked **more than one** category for racial or ethnic identity, is there **one** they think of as their **primary** racial or ethnic identity?

어머니가 인종 또는 민족 정체성에 대해 두 가지 이상의 범주에 체크 표시를 하신 경우, 주요 인종 또는 민족 정체성이라고 생각하시는 범주가 있습니까?

☐ Yes. If yes, please circle the primary racial or ethnic identity from the choices listed in 17a.

예. 예인 경우, 17a에 나열된 선택 사항에서 주된 인종 또는 민족 정체성에 동그라미 하십시오.

☐ They do not have just one primary racial or ethnic identity.

주된 인종 또는 민족 정체성을 하나만 가지고 있지 않음.

☐ No. They identify as biracial or multiracial.

그렇지 않음. 혼혈 또는 다인종에 해당함.

☐ N/A. They only checked one category.

해당 없음. 범주 중 하나만 체크했음.

☐ Don't know.

모름.

☐ Don't want to answer.

답변하고 싶지 않음.

#### Language | 언어

18a. What language or languages does the mother use at home?

어머니는 가정에서 어떤 언어(들)를 사용하십니까?

***If the language or languages used at home are only English, American Sign Language, or sign language, skip the following questions and go to the "Mother functional limitations" section.***

***가정에서 사용하는 언어(들)이 오직 영어, 미국 수화, 또는 수화인 경우, 다음 질문을 건너뛰고 "어머니 기능적 한계" 섹션으로 이동합니다.***

18b. What language would the mother prefer to use when communicating (*in person, phone, virtually*) with someone outside the home about important matters such as medical, legal, or health information?

어머니는 의료, 법률 또는 건강 정보와 같은 중요한 문제에 대해 가족이 아닌 외부인과 대화를 나눌 때(직접, 전화, 가상으로) 어떤 언어를 사용하는 것을 선호하십니까?

18c. What language would the mother prefer to use to read important written information such as medical, legal, or health information?

어머니는 의료, 법률 또는 건강 정보와 같은 중요한 서면 정보를 읽을 때 어떤 언어를 사용하는 것을 선호하십니까?

18d. How well does the mother speak English?

어머니는 영어를 얼마나 잘 구사하십니까?

☐ Very well

매우 능숙

☐ Well

능숙

☐ Not well

미숙

☐ Not at all

전혀 못함

☐ Don't know

모름

☐ Don't want to answer

답변하고 싶지 않음

영문 정자로 작성해 주십시오.

Mother functional limitations   어머니 기능적 한계					
The mother's answers will help us find health and service differences among people with and without functional difficulties. Their answers are confidential. 어머니의 답변은 기능적 문제가 있거나 없는 사람들 간의 건강 및 서비스 차이를 확인하는 데 도움이 될 것입니다. 답변은 기밀로 처리됩니다.	Yes   예 If yes, at what age did this condition begin? <i>Write in "0" if since birth to age 1.</i> '예'라면, 이 상태가 몇 살에 시작되었습니까? 출생 후 1살까지인 경우 "0"을 기재하십시오.	No 아니요	Don't know 모름	Don't want to answer 답변하고 싶지 않음	Don't understand question 질문을 이해하지 못함
19. Are they deaf or do they have difficulty hearing? 그들은 청각에 장애가 있거나 듣는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
20. Are they blind or have serious difficulty seeing, even when wearing glasses? 그들은 시각 장애가 있거나 안경을 써도 보기가 매우 어렵습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
21. Do they have difficulty walking and climbing stairs? 그들은 걷거나 계단을 오르는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
22. Because of a physical, mental, or emotional condition, do they have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions? 그들은 신체적, 정신적 또는 정서적 상태로 인해, 정신 집중, 기억 또는 의사 결정에 심각한 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
23. Do they have difficulty dressing or bathing? 그들은 옷을 입거나 목욕하는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
24. Do they have serious difficulty learning how to do things most people their age can learn? 그들은 본인 연령의 대부분 사람들이 배워 수행할 수 있는 것들을 배우는 데 심각한 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
25. Using their usual (customary) language, do they have serious difficulty communicating (for example understanding or being understood by others)? 그들은 본인의 통상적(관례적) 언어를 사용하여 의사소통하는 데 심각한 어려움이 있습니까 (예컨대, 타인의 말을 이해하거나 자신의 말을 이해시킴)?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Answer 26 and 27 <b>only</b> if age 15 years and older.   26 및 27은 15세 이상인 경우에만 답변하십시오.					
<p><b>26. Because of a physical, mental, or emotional condition, do they have difficulty doing errands alone such as visiting a doctor's office or shopping?</b>            그들은 신체적, 정신적 또는 정서적 상태로 인해, 병원 방문 또는 쇼핑 같은 일을 혼자서 하는 데 어려움이 있습니까?</p>	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p><b>27. Do they have serious difficulty with the following: mood, intense feelings, controlling their behavior, or experiencing delusions or hallucinations?</b>            그들은 기분, 격한 감정, 자신의 행동 통제, 또는 망상 또는 환각 경험으로 인해 심각한 어려움이 있습니까?</p>	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>28. Did they get WIC food for themselves during pregnancy?</b>  임신 중에 WIC 음식을 받았습니까?  <input type="checkbox"/> Yes   예      <input type="checkbox"/> No   아니요</p>	<p><b>31. Cigarettes Smoked Per Day</b>  하루 당 흡연하는 담배  <input type="checkbox"/> Check if none   없는 경우 체크하십시오</p>			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p><b>29. Height</b> 신장</p> <p>____ ft. ____ in.</p> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p><b>30a. Weight (<i>pre-pregnancy</i>)</b> 체중 (임신 전)</p> <p>____ lbs   파운드</p> </td> <td style="width: 33%; padding: 5px; vertical-align: top;"> <p><b>30b. Weight (<i>at delivery</i>)</b> 체중 (출산 시)</p> <p>____ lbs   파운드</p> </td> </tr> </table>	<p><b>29. Height</b> 신장</p> <p>____ ft. ____ in.</p>	<p><b>30a. Weight (<i>pre-pregnancy</i>)</b> 체중 (임신 전)</p> <p>____ lbs   파운드</p>	<p><b>30b. Weight (<i>at delivery</i>)</b> 체중 (출산 시)</p> <p>____ lbs   파운드</p>	<p><b>3 months <i>before</i> pregnancy</b> # _____ of cigarettes  임신 3개월 전      개의 담배</p> <p><b>1st 3 months of pregnancy</b> # _____ of cigarettes  임신 초기 3개월      개의 담배</p> <p><b>2nd 3 months of pregnancy</b> # _____ of cigarettes  임신 중기 3개월      개의 담배</p> <p><b>3rd 3 months of pregnancy</b> # _____ of cigarettes  임신 말기 3개월      개의 담배</p>
<p><b>29. Height</b> 신장</p> <p>____ ft. ____ in.</p>	<p><b>30a. Weight (<i>pre-pregnancy</i>)</b> 체중 (임신 전)</p> <p>____ lbs   파운드</p>	<p><b>30b. Weight (<i>at delivery</i>)</b> 체중 (출산 시)</p> <p>____ lbs   파운드</p>		
<p><b>32. Did they drink alcohol during this pregnancy?</b>  이 임신 기간 동안 음주했습니까?  <input type="checkbox"/> Yes; average number of drinks per week? _____  예; 주 당 평균 음주 횟수?  <input type="checkbox"/> No   아니요</p>				

영문 정자로 작성해 주십시오.

**33a. Did they go into labor planning to deliver at home or at a freestanding birthing center (excludes hospital birthing center)?**

가정 또는 자치 출산 센터에서 출산할 계획을 가지고 진통을 시작했습니까(병원 출산 센터 제외)?

☐ Yes | 예      ☐ No | 아니요

**33b. If yes, the planned primary attendant type at onset of labor was:**

예인 경우, 진통 발생 시 계획된 주요 간병인 유형:

☐ Traditional midwife  
전통적인 조산사

☐ Certified nurse midwife  
공인 간호 조산사

☐ Naturopathic doctor  
자연요법 의사

☐ Medical doctor  
의사

☐ Licensed direct entry midwife  
면허 소지 직접 조산사

### Legal relationship of parents | 부모들의 법적 관계

**34a. Did the mother have a legal spouse or Oregon Registered Domestic Partner at conception, at delivery, or within 300 days prior to delivery?**

임신 시, 분만 시, 또는 분만 전 300일 이내에 어머니에게 법적 배우자 또는 오리건 주 등록된 가정 파트너가 있었습니까?

☐ Yes, mother was married at conception, at delivery, or within 300 days prior to delivery.  
예, 어머니는 임신 시, 분만 시, 또는 분만 전 300일 이내에 결혼했습니다.

**Choose one:**  
한 가지를  
선택하십시오:

☐ Yes, mother was in an Oregon Registered Domestic Partnership at conception, at delivery, or within 300 days prior to delivery.  
예, 어머니는 임신 시, 분만 시, 또는 분만 전 300일 이내에 오리건 주 등록된 가정 파트너십이 있었습니다.

☐ No, mother was not married at conception, at delivery, or within 300 days prior to delivery.  
아니요, 어머니는 임신 시, 분만 시, 또는 분만 전 300일 이내에 결혼하지 않았습니다.

**34b. If the mother answered “No” to the question above, will the mother and the father sign a paternity acknowledgment to establish legal paternity at this time?**

어머니가 위 질문에 “아니요”라고 답변한 경우, 어머니와 아버지는 현재 법적 부성을 설정하기 위한 부성 인지에 서명할 것입니까?

☐ Yes | 예      ☐ No, leave father's information on birth record blank  
아니요, 출생 기록에 아버지의 정보를 공란으로 남김



영문 정자로 작성해 주십시오.

### Certified copies of birth records | 출생 기록의 인증된 사본

Parents can request to receive either a “Mother/Father” format or a “Parent/Parent” format on their child’s birth certificate. 부모들은 자녀의 출생 증명서에 “어머니/아버지” 형식 또는 “부모/부모” 형식을 받도록 요청할 수 있습니다.

35. I want to receive: ☐ Mother/Father ☐ Parent/Parent  
받고자 하는 형식: 어머니/아버지 부모/부모

(Only complete this section if you answered “Yes” to any of the questions in the section “Legal relationship of parents” and you wish to include the father/second parent on the birth certificate. If the mother is married then they can only list their spouse or Oregon Registered Domestic Partner for the “Father/second parent” section below.)  
(귀하가 “부모들의 법적 관계” 섹션의 질문 중 하나라도 “예”라고 답변하고 귀하가 출생 증명서에 아버지/두번째 부모를 포함하고자 하는 경우에만 이 섹션을 작성하십시오. 귀하가 결혼한 경우 아래 “아버지/두번째 부모” 섹션에 대해 귀하의 배우자 또는 오리건 주 등록 가정 파트너만 나열할 수 있습니다.)

36. Father/second parent’s name:

아버지/두번째 부모의 이름:

*First*

이름

*Middle*

중간 이름

*Last (list multiple names in this box)*

성(성이 여러 개일 경우 이 칸에 모두 기재하십시오)

*Suffix*

이름 뒤 표기

37. Date of birth

생년월일

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
M M D D Y Y Y Y  
M M D D Y Y Y Y

38. Social Security number:

사회보장번호:

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
☐ Check if none  
없는 경우 체크하십시오

39. Birthplace (state/territory & country):

출생지(주/자치령 및 국가):

### Father/second parent demographics | 아버지/두번째 부모 인구통계

40. What is the highest level of education the father/second parent has completed?

아버지/두번째 부모의 최종 학력은 무엇입니까?

☐ 8th grade or less

8학년 이하

☐ 9th–12th grade; no diploma

9–12학년; 졸업장 없음

☐ High school diploma or GED

고등학교 졸업장 또는 GED

☐ Some college; no degree

일부 대학 과정 이수; 학위 미취득

☐ Associate’s degree

준학사 학위

☐ Bachelor’s degree

학사 학위

☐ Master’s degree

석사 학위

☐ Doctorate or professional degree

박사 학위 또는 전문 학위

영문 정자로 작성해 주십시오.

**Race or ethnicity: complete both questions (41 and 42)**

인종 또는 민족: 두 질문을 모두 작성해 주십시오(41 및 42)

➡ 41. How does the father/second parent identify their race, ethnicity, tribal affiliation, country of origin, or ancestry?  
아버지/두번째 부모는 인종, 민족, 부족 소속, 출신 국가, 또는 조상을 어떻게 식별합니까?

➡ 42a. Which of the following describes the father/second parent's racial or ethnic identity? **Please check all that apply.** If they select *Other* or *American Indian* and *Alaskan Native*, please provide additional information in the space provided for *Specify* or *Specify Tribe(s)*.

다음 중 아버지/두번째 부모의 인종 또는 민족 정체성을 설명하는 것은 무엇입니까? 해당 사항 모두에 **체크하십시오**. 기타 또는 *아메리카 원주민* 및 *알래스카 원주민*을 선택하는 경우, 명시 또는 부족(들) 명시를 위해 제공된 란에 추가 정보를 제공하십시오.

**Hispanic and Latino/a/x:**

히스패닉 및 라틴계:

- ☐ Central American | 중앙아메리칸
- ☐ Mexican | 멕시코인
- ☐ South American | 남아메리칸인
- ☐ Cuban | 쿠바인
- ☐ Puerto Rican | 푸에르토리코인
- ☐ Other Hispanic or Latino/a/x | 기타 히스패닉 및 라틴계  
*Specify* | 명시

**Black and African American:**

흑인 및 아프리카계 미국인:

- ☐ African American | 아프리카계 미국인
- ☐ Afro-Caribbean | 아프리카계 카리브해인
- ☐ Ethiopian | 에티오피아인
- ☐ Somali | 소말리아인
- ☐ Other African (Black) | 기타 아프리카계(흑인)  
*Specify* | 명시

- ☐ Other Black | 기타 흑인  
*Specify* | 명시

**Native Hawaiian and Pacific Islander:**

하와이 원주민/태평양 섬 주민:

- ☐ CHamoru (Chamorro) | 차모르족
- ☐ Marshallese | 마셜제도인
- ☐ Communities of the Micronesian Region | 미크로네시아 지역의 커뮤니티들
- ☐ Native Hawaiian | 하와이 원주민
- ☐ Samoan | 사모아인
- ☐ Other Pacific Islander | 기타 태평양 섬 주민  
*Specify* | 명시

**American Indian and Alaska Native:**

아메리카 원주민 및 알래스카 원주민:

- ☐ American Indian | 아메리칸 인디언
- ☐ Alaska Native | 알래스카 원주민
- ☐ Canadian-Inuit, Metis, or First Nation | 캐나다-이누이트, 메티스 또는 퍼스트 네이션
- ☐ Indigenous Mexican, Central American, or South American | 토착 멕시코인, 중앙아메리칸 또는 남아메리카  
*Specify Tribe(s)* | 부족(들) 명시

**Middle Eastern/North African:**

중동/북부 아프리카인:

- ☐ Middle Eastern | 중동 아프리카인
- ☐ North Africa | 북부 아프리카

**White:**

백인:

- ☐ Eastern European | 동유럽인
- ☐ Slavic | 슬라브인
- ☐ Western European | 서유럽인
- ☐ Other White | 기타 백인  
*Specify* | 명시

**Asian:**

아시아계:

- ☐ Asian Indian | 인도인
- ☐ Cambodian | 캄보디아인
- ☐ Chinese | 중국인
- ☐ Communities of Myanmar | 미얀마 커뮤니티들
- ☐ Filipino/a | 필리핀인
- ☐ Hmong | 몽족
- ☐ Japanese | 일본인
- ☐ Korean | 한국인
- ☐ Laotian | 라오스인
- ☐ South Asian | 남아시아인
- ☐ Vietnamese | 베트남인
- ☐ Other Asian | 기타 아시아인  
*Specify* | 명시

영문 정자로 작성해 주십시오.

42b. If the father/second parent checked **more than one** category for racial or ethnic identity, is there **one** they think of as their **primary** racial or ethnic identity?

아버지/두번째 부모가 인종 또는 민족 정체성에 대해 **두 가지 이상**의 범주에 체크 표시를 하신 경우, **주된** 인종 또는 민족 정체성이라고 생각하시는 **범주**가 있습니까?

☐ Yes. If yes, please circle the primary racial or ethnic identity from the choices listed in 42a.

예. 예인 경우, 42a에 나열된 선택사항에서 주된 인종 또는 민족 정체성에 동그라미 하십시오.

☐ They do not have just one primary racial or ethnic identity.

주된 인종 또는 민족 정체성을 하나만 가지고 있지 않음.

☐ No. They identify as biracial or multiracial.

그렇지 않음. 혼혈 또는 다인종에 해당함.

☐ N/A. They only checked one category.

해당 없음. 범주 중 하나만 체크했음.

☐ Don't know.

모름.

☐ Don't want to answer.

답변하고 싶지 않음.

## Language | 언어

43a. What language or languages does the father/second parent use at home?

아버지/두번째 부모가 가정에서 사용하는 언어(들)은 무엇입니까?

***If the language or languages used at home are only English, American Sign Language, or sign language, skip the following questions and go to the "Father/second parent functional limitations" section.***

가정에서 사용하는 언어(들)이 오직 영어, 미국 수화, 또는 수화인 경우, 다음 질문을 건너뛰고 "아버지/두번째 부모 기능적 한계" 섹션으로 이동합니다.

43b. What language would the father/second parent prefer to use when communicating (*in person, phone, virtually*) with someone outside the home about important matters such as medical, legal, or health information?

아버지/두번째 부모는 의료, 법률 또는 건강 정보와 같은 중요한 문제에 대해 가족이 아닌 외부인과 대화를 나눌 때(직접, 전화, 가상으로) 어떤 언어를 사용하는 것을 선호하십니까?

43c. What language would the father/second parent prefer to use to read important written information such as medical, legal, or health information?

아버지/두번째 부모는 의료, 법률 또는 건강 정보와 같은 중요한 서면 정보를 읽을 때 어떤 언어를 사용하는 것을 선호하십니까?

43d. How well does the father/second parent speak English?

아버지/두번째 부모는 영어를 얼마나 잘 구사하십니까?

☐ Very well

매우 능숙

☐ Well

능숙

☐ Not well

미숙

☐ Not at all

전혀 못함

☐ Don't know

모름

☐ Don't want to answer

답변하고 싶지 않음

영문 정자로 작성해 주십시오.

Father/secondary parent functional limitations   아버지/두번째 부모 기능적 한계					
The father/secondary parent's answers will help us find health and service differences among people with and without functional difficulties. Their answers are confidential. 아버지/두번째 부모의 답변은 기능적 문제가 있거나 없는 사람들 간의 건강 및 서비스 차이를 확인하는 데 도움이 됩니다. 답변은 기밀로 처리됩니다.	Yes   예 If yes, at what age did this condition begin? <i>Write in "0" if since birth to age 1.</i> '예'라면, 이 상태가 몇 살에 시작되었습니까? 출생 후 1살까지인 경우 "0"을 기재하십시오.	No 아니요	Don't know 모름	Don't want to answer 답변하고 싶지 않음	Don't understand question 질문을 이해하지 못함
44. Are they deaf or do they have difficulty hearing? 그들은 청각에 장애가 있거나 듣는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
45. Are they blind or have serious difficulty seeing, even when wearing glasses? 그들은 시각 장애가 있거나 안경을 써도 보기가 매우 어렵습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
46. Do they have difficulty walking or climbing stairs? 그들은 걷거나 계단을 오르는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
47. Because of a physical, mental, or emotional condition, do they have serious difficulty concentrating, remembering, or making decisions? 그들은 신체적, 정신적 또는 정서적 상태로 인해, 정신 집중, 기억 또는 의사 결정에 심각한 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
48. Do they have difficulty dressing or bathing? 그들은 옷을 입거나 목욕하는 데 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
49. Do they have serious difficulty learning how to do things most people their age can learn? 그들은 본인 연령의 대부분 사람들이 배워 수행할 수 있는 것들을 배우는 데 심각한 어려움이 있습니까?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
50. Using their usual ( <i>customary</i> ) language, do they have serious difficulty communicating ( <i>for example understanding or being understood by others</i> )? 그들은 본인의 통상적(관례적) 언어를 사용하여 의사소통하는 데 심각한 어려움이 있습니까 (예컨대, 타인의 말을 이해하거나 자신의 말을 이해시킴)?	<input type="checkbox"/> age: _____ 연령:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51 Answer 51 and 52 only if age 15 years and older. | 및 52은 15세 이상인 경우에만 답변하십시오.

51. Because of a physical, mental, or emotional condition, do they have difficulty doing errands alone such as visiting a doctor's office or shopping?

그들은 신체적, 정신적 또는 정서적 상태로 인해, 병원 방문 또는 쇼핑 같은 일을 혼자서 하는 데 어려움이 있습니까?

☐ age: \_\_\_\_\_  
연령:

☐

☐

☐

52. Do they have serious difficulty with the following: mood, intense feelings, controlling their behavior, or experiencing delusions or hallucinations?

그들은 기분, 격한 감정, 자신의 행동 통제, 또는 망상 또는 환각 경험으로 인해 심각한 어려움이 있습니까?

☐ age: \_\_\_\_\_  
연령:

☐

☐

☐

☐

### Prenatal | 산전

53. Principal method of payment

주된 결제 방법

☐ Self-pay

자비 부담

☐ Other government

기타 정부 지원

☐ Medicaid/Oregon Health Plan

Medicaid/Oregon Health Plan

☐ Indian Health Services

Indian Health Services

☐ Other: \_\_\_\_\_

기타:

☐ Private insurance

민간 보험

☐ Champus/Tricare

Champus/Tricare

54. Date of last menses (*date of last period*):

마지막 생리일 (*마지막 월경일*):

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD YYYY

MM DD YYYY

MM DD YYYY

55. Date of 1st prenatal care visit:

첫번째 산전 진료일:

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD YYYY

MM DD YYYY

MM DD YYYY

Total # of visits: \_\_\_\_\_

총 방문 수:

56. Previous live births (*does not include this baby*):

이전 생존 출생 (*이번에 출산한 아기는 포함하지 않음*):

# now living: \_\_\_\_\_

현재 생존 자녀 수:

# now deceased: \_\_\_\_\_

사망 자녀 수:

Date of last live birth: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

마지막 생존 출생일: MM DD YYYY

MM DD YYYY

57. Other pregnancy outcomes (*spontaneous or induced terminations or ectopic pregnancy*):

다른 임신 결과 (*자연적 또는 유도된 유산 또는 자궁외 임신*):

Combined # of other outcomes: \_\_\_\_\_

기타 임신 결과의 총 횟수:

Date of last other outcome: \_\_\_\_\_

마지막 기타 임신 결과 날짜 MM DD YYYY

MM DD YYYY

**Informant (person providing the information) | 중요(정보를 제공하는 사람)**

58a. ☐ Birth mother 기록에 이름이 있는 친어머니 ☐ Father/second parent named on record 아버지/두 번째 부모 ☐ Other (specify relationship): 기타(관계 명시):

**58b. Informant's name (If other than parent):**

정보 제공자의 이름(부모가 아닌 경우):

**First**  
이름**Middle**  
중간 이름**Last (list multiple names in this box)**  
성(성이 여러 개일 경우 이 칸에 모두  
기재하십시오)**Suffix**  
이름 뒤  
표기

59. I certify that the information provided on this form, for the purpose of completing the birth record, is correct to the best of my knowledge.

본인은 출생 기록 작성의 목적으로 이 양식에 제공된 정보가 본인이 아는 한 정확함을 확인합니다.

\_\_\_\_\_  
**Informant's signature**  
정보 제공자의 서명\_\_\_\_\_  
**Date signed**  
서명한 날짜

**출생 시 사회보장번호 설정 허가서**  
(부모들은 요청 시 보관용으로 이 페이지의 사본을 받을 수 있습니다. 이 페이지는 영수증이 아닙니다.)

귀하의 수입 세금 반환에 대해 귀하의 자녀를 신청하고자 하는 경우, 여러 주 및 연방 프로그램 그리고 기타 혜택에 적합하기 위해 사회보장번호가 필요합니다. 이 양식에 정보를 제공하는 것은 자발적입니다. 그러나, 요청된 정보를 제공하지 않는 것은 사회보장국(Social Security Administration, SSA)이 귀하의 자녀에게 사회보장번호 및 카드를 발행하는 것을 못하게 할 수 있습니다.

SSA와의 계약에 따라, 이 페이지의 귀하의 서명을 통해 오리건 주, 보건 통계 센터가 귀하의 자녀를 위한 사회보장번호 발행 요청을 SSA에 제출하도록 허가합니다. 이 페이지는 사회보장번호가 요청되었다는 증거와 같이, 다른 용도를 위한 목적이 아닙니다. 귀하가 사회보장카드를 요청했다는 증거를 얻고자 하는 경우, 영수증인 양식 SSA-2853을 병원 직원에게 요청하십시오 (영어 및 스페인어 이용 가능).

**자녀 이름**

이름	중간 이름	성	이름 뒤 표기
----	-------	---	---------

생년월일:     /     /       
                  MM   DD   YYYY

귀하의 자녀에게 사회보장번호를 발행하고자 합니까?                   ☐ 예                   ☐ 아니요

**어머니의 현재 법적 이름(자녀 출생증명서에 기재된 대로)**

이름	중간 이름	성	이름 뒤 표기
----	-------	---	---------

서명	서명한 날짜
----	--------

**Facilities, midwives, and home birth parents fax this form to 971-673-3122.**

Hospital staff may provide the parent(s) a copy of this page upon request. Please instruct the parent(s) that this page is not intended as proof that a Social Security number has been requested. If they require proof of request for enumeration at birth provide them with receipt (form SSA-2853). No agency other than the Center for Health Statistics should be provided with a copy of the page or any information from the report of live birth or worksheets. Direct all agency requests for information on birth or Social Security numbers to the Center for Health Statistics at CHS.Registration@oha.oregon.gov or 971-673-1190.

You can get this document in other languages, large print, braille or a format you prefer free of charge. Contact the Center for Health Statistics at CHS.Registration@oha.oregon.gov or 971-673-1190. We accept all relay calls.