Oregon Health Authority
Centro de Estadísticas de Salud

# Partida de nacimiento de su bebé

Llene la siguiente planilla y entréguela al personal del hospital antes de retirarse del hospital. La información de esta planilla se usa para completar el acta de nacimiento legal del bebé, cumplir con las leyes de Oregón y ley federal, y recabar datos útiles para la salud pública.

**Por favor, responda a todas las preguntas.**

## Brindar información correcta para la partida de nacimiento de su bebé

Es importante que proporcione nombres, fechas y lugares de nacimiento **correctos**. Indique los nombres completos y asegúrese de que los nombres del bebé, de la madre y del padre u otro progenitor estén escritos tal como usted desea que aparezcan en la partida de nacimiento. *Si todavía no decidió el nombre de su bebé, deje el espacio en blanco (todo lo que escriba en ese espacio será el nombre legal de su hijo).*

**NOSOTROS NO SOLICITAMOS AUTOMÁTICAMENTE UNA PARTIDA DE NACIMIENTO LEGAL DE SU HIJO.**
Usted puede solicitar una copia certificada de la partida de nacimiento en la oficina del registro civil de su condado (dentro de los seis meses del nacimiento) o en el Centro de Estadísticas de Salud del estado. Hay una tarifa de $25 por cada certificado. Pueden aplicarse otras tarifas.

Recomendamos a los padres solicitar una copia certificada del acta de nacimiento dentro del primer año de vida del niño a finde confirmar que la información es correcta (por ejemplo, que el nombre esté bien escrito).

## Corrección de la partida de nacimiento de su bebé

Si se necesita una corrección, comuníquese con el registro civil del estado mediante nuestro sitio web www.HealthOregon.org/changevitalrecords o llámenos al 971-673-1190. Después de un año de nacimiento, los requisitos para hacer cambios son más complicados y se debe pagar una tarifa de corrección de $35.

## Información requerida por las leyes federales

Las leyes federales requieren obtener los números de Seguro Social de los padres al momento del nacimiento del niño. Esta información se utiliza solo a los fines de cumplir la ley y no se incluye en la partida de nacimiento.

## Información útil para la salud pública

Muchas de las preguntas de la planilla no aparecen en la partida de nacimiento de su hijo. Su información médica es anónima y se combina con la información de otras actas de nacimiento de Oregón. Cada pregunta tiene un propósito. Esta información combinada es útil para conocer los problemas que suelen tener las mujeres durante el embarazo. También le sirve al Oregon Health Authority evaluar la equidad en salud, decidir qué servicios ofrecer, evaluar la ditribución de los fondos de salud pública, y para saber los diferentes niveles de necesidades de los distintos grupos de mujeres. Esa es la razón por la que solicitamos información sobre raza, etnia, idioma, y discapacidad (REALD) así como información sobre su educación, cantidad de consultas prenatales y otros datos específicos. Compartir sus datos con nosotros no afectará ningún beneficio que reciba del estado. Puede encontrar un video con información sobre REALD en: https://youtu.be/58AWIC1mebg.

La información de contacto (nombre, dirección y número de teléfono) puede ser divulgada para la investigación de salud pública. En este tipo de investigaciones existen requisitos estrictos para comunicarse con las personas e informarles acerca de sus derechos en los proyectos que se llevan a cabo, incluso el derecho a negarse a participar. La información de contacto también puede entregarse a las agencias estatales para que informen a los padres acerca de oportunidades y programas que puedan ser útiles para sus hijos.



**Personal del hospital**

Ninguna otra persona o agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir esta planilla llena.

Oregon Health Authority
Centro de Estadísticas de Salud

# Acta de nacimiento
## PLANILLA PARA LOS PADRES

Llenar con letra de imprenta clara

**NIÑO** 

Nombre legal, tal como desea que aparezca en la partida de nacimiento

| Primer nombre | Segundo nombre | Tercer nombre | Apellido | Sufijo |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |

Fecha de nacimiento ___/___/___ (MM DD AAAA)

Sexo
☐ Femenino ☐ Masculino
☐ Indeterminado ☐ X

¿Desea solicitar un número de Seguro Social para su hijo?
☐ Sí ☐ No (Complete el documento adjunto: "Autorización para otorgar un número de Seguro Social a un recién nacido")

**MADRE BIOLÓGICA *(LA QUE TUVO AL BEBÉ)***

Nombre legal actual

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

Nombre legal antes del primer matrimonio (de soltera) o nombre legal cuando nació ☐ Marcar si es el mismo que el nombre legal actual

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

Fecha de nacimiento ___/___/___ (MM DD AAAA)

N° de Seguro Social ☐ Marcar si no tiene

Lugar de Nacimiento Estado País

**DIRECCIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA**

Domicilio de la madre N° y calle Depto./unidad/espacio Ciudad Condado Estado Cód. postal

Dirección postal de la madre (si es diferente) N° y calle o casilla de correo (P.O. Box) Depto./unidad/espacio Ciudad Condado Estado Cód. postal

☐ Marcar si es igual al domicilio

¿Vive dentro de los límites de la ciudad?
☐ Sí ☐ No

N° de teléfono principal

N° de teléfono secundario

**CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE BIOLÓGICA**

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

☐ 8vo grado o menos
☐ Algunos créditos de universidad, sin título
☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
☐ De 9no a 12vo grado, sin diploma
☐ Título terciario (p. ej., AA, AS)
☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título de especialización profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD)
☐ Diploma de secundaria o GED
☐ Título de grado (p. ej., BA, BS, AB)

**Raza y grupo étnico:** *Complete* ***AMBAS*** *partes A y B*

**A. ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?**
*Escriba sus respuestas aquí.*_____

**B. ¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Favor de marcar TODAS las opciones que correspondan.** Si selecciona *Otro* o Indígena estadounidense y nativo(a) de Alaska, proporcione información adicional en el espacio provisto para *Especificar* o *Especificar tribu(s)*.

**Hispano(a) y Latino/a/x:**
☐ Centroamericano(a)
☐ Mexicano(a)
☐ Sudamericano(a)
☐ Cubano(a)
☐ Puertorriqueño(a)
☐ Hispano(a) o Latino/a/x de otro origen
*Especifique* _____

**Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico**
☐ Chamoru (Chamorro(a))
☐ Marshalés(a)
☐ Comunidades de la región de Micronesia
☐ Nativo(a) de Hawái
☐ Samoano(a)
☐ Nativo(a) de otras Islas del Pacifico
*Especifique* _____

**Blanca:**
☐ De Europa del Este
☐ Eslavo(a)
☐ De Europa Occidental
☐ Otro grupo étnico blanco
*Especifique* _____

**Indígenas notreamericanos y nativos de Alaska:**
☐ Indígena estadounidense
☐ Nativo(a) de Alaska
☐ Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano
*Especificar tribu(s)* _____

**Negro(a) y afroestadounidense**
☐ Afroestadounidense
☐ Afrocaribeño(a)
☐ Etíope
☐ Somalí
☐ Africano(a) de otro origen (negro)
*Especifique* _____
☐ Otro grupo étnico negro
*Especifique* _____

**De Oriente Medio/del Norte de África:**
☐ De Oriente Medio
☐ Del Norte de África

**Asiática :**
☐ Indígena asiático(a)
☐ Camboyano(a)
☐ Chino(a)
☐ Comunidades de Myanmar
☐ Filipino(a)
☐ Hmong
☐ Japonés(a)
☐ Coreano(a)
☐ Laosiano(a)
☐ Del sur de Asia
☐ Vietnamita
☐ Otros asiáticos
*Especifique* _____

☐ **No aparece en la lista, especifique:**
_____

**Opciones de exclusión:**
☐ No sé
☐ No deseo responder

**Personal del hospital:** Ninguna otra persona o agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir esta planilla llena.

**Si marcó <u>más de una de</u> las categorías anteriores, ¿hay <u>una</u> que usted crea que sea su <u>principal</u> identidad racial o étnica?**

☐ Sí: **Por favor, encierre en un círculo su identidad racial o étnica primaria de las opciones enumeradas en la página 1 de la hoja de cálculo.**
☐ No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
☐ No. Me identifico como birracial o multirracial.
☐ N/D. Solo marqué una de las categorías anteriores.
☐ No sé.
☐ No deseo responder.

**Idioma (*Hay intérpretes disponibles sin costo)*:**

¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar? _____

***Si el idioma o idiomas utilizados en el hogar son solo inglés o lenguaje de señas americano o lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y vaya a la Sección de LIMITACIONES FUNCIONALES DE LA MADRE.***

¿Qué idioma prefiere usar al comunicarse (en persona, por teléfono, virtualmente con alguien fuera del hogar sobre asuntos importantes como información médica, legal o de salud?_____

¿Qué lenguaje prefiere usar para leer información escrita importante, como información médica, legal or de salud?

_____

¿Qué tan bien habla inglés? ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No bien ☐ Nada ☐ No sé ☐ No deseo responder

## LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA MADRE

| Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales. | Sí | *Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? Escriba “0” si ha sido desde el Nacimiento hasta la edad de un año. | No | No sé | No deseo responder | No sabe qué se le pregunta en esta pregunta. |
|---|---|---|---|---|---|---|
| ¿Es usted **sordo/a** o tiene **dificultades serias para oír?** | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿Es usted **ciego/a** o tiene **dificultades serias para ver**, aunque lleve puestos lentes? | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿Tiene **dificultades serias para caminar o subir escaleras?** | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Debido a una afección física, mental o emocional, **¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?** | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿Tiene **dificultades para vestirse o bañarse?** | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿Tiene dificultades **serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?** | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Cuando **usa su idioma habitual** (de costumbre), **¿tiene serias dificultades para comunicarse** (*por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás*)? | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ***Responda solo si tiene 15 años o más.*** Debido a una **afección física, mental o emocional**, ¿tiene **usted dificultades para hacer mandados solo(a)**, como visitar un consultorio médico o ir de compras? | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ***Responda solo si tiene 15 años o más.*** ¿Tiene **serias dificultades** con lo siguiente: **su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?** | ☐ | edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## SALUD DE LA MADRE BIOLÓGICA



Durante el embarazo, ¿recibió alimentos del programa WIC? ☐ Sí ☐ No

| Altura | Peso (antes del embarazo) | Peso (al momento del Parto) |
|---|---|---|
| _____ pies _____ pulgadas | _____ libras | _____ libras |

Cigarrillos que fumó por día ☐ Marcar si no fumó

| | |
|---|---|
| 3 meses antes del embarazo | Cantidad de cigarillos:_____ |
| 1° trimestre del embarazo | Cantidad de cigarillos:_____ |
| 2° trimestre del embarazo | Cantidad de cigarillos:_____ |
| 3° trimestre del embarazo | Cantidad de cigarillos:_____ |

¿Bebió alcohol durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No Si marcó "Sí," ¿cuántas bebidas por semana?: _____

¿Planificó tener el trabajo de parto y dar a luz en su hogar o en un centro de maternidad independiente (en lugar del pabellón de maternidad de un hospital)? ☐ Sí ☐ No

Si contestó "**Sí**", ¿quién la atendió al comenzar el trabajo de parto?
- ☐ Partera tradicional
- ☐ Médico naturista
- ☐ Partera independiente con licencia
- ☐ Enfermera obstétrica certificada
- ☐ Médico naturista

## RELACIÓN LEGAL DE LOS PADRES

¿Tenía usted un cónyuge legal o una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón al momento de la concepción, del parto o dentro de los 300 días anteriores al parto?

**ELIJA UNO:**
- ☐ Sí, la Madre estaba casada durante la concepción, el parto, o dentro de los 300 días anteriores al parto.
- ☐ Sí, la Madre estaba en una pareja de hecho (del mismo sexo) durante la concepción, el parto, o dentro de los 300 días anteriores al parto.
- ☐ No, la Madre no estaba casada durante la concepción, el parto, o dentro de los 300 días anteriores al parto.

Si la Madre contestó "**No**" a todas las preguntas, ¿desea usted, junto con el padre, firmar en este momento un reconocimiento de paternidad para establecer la paternidad legal? ☐ Sí ☐ No, dejen la información del padre en blanco.

## COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO

Los padres pueden solicitar la partida de nacimiento de su hijo con el formato "Madre/Padre" o con el formato "Progenitor/Progenitor". Deseo el siguiente formato: ☐ Madre/Padre ☐ Progenitor/Progenitor

**PADRE O SEGUNDO PROGENITOR** (Complete esta sección si contestó "Sí" a alguna de las preguntas de la sección "Relación legal de los padres" **Y** si desea incluir al padre o segundo progenitor en la partida de nacimiento. Si usted está casada **SOLAMENTE** puede registrar su cónyuge o pareja de hecho como "Padre/Segundo Progenitor.")

Nombre del padre o segundo progenitor

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

| Fecha de nacimiento | N° de Seguro Social | Lugar de Nacimiento |
|---|---|---|
| ___/___/_____ MM DD YYYY | ☐ Marcar si no tiene | Estado País |

**Personal del hospital**

Ninguna otra persona o agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir esta planilla llena.

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

- ☐ 8vo grado o menos
- ☐ Algunos créditos de universidad, sin título
- ☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- ☐ De 9no a 12vo grado, sin diploma
- ☐ Título terciario (p. ej., AA, AS)
- ☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título de especialización profesional (p. ej., MD, DDS , DVM, JD)
- ☐ Diploma de secundaria o GED
- ☐ Título de grado (p. ej., BA, BS, AB)

**Raza o Grupo Étnico:** *Complete* ***AMBAS*** *partes A y B*

A. **¿Cómo identifica el padre/segundo progenitor su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia**

*Escriba sus respuestas aquí.*_____

B. **¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o étnica del padre/segundo progenitor? Favor de marcar TODAS las opciones que correspondan.**

Si selecciona *Otro* o *Indígena estadounidense y nativo(a) de Alaska*, proporcione información adicional en el espacio provisto para *Especificar* o *Especificar tribu(s)*.

**Hispano(a) y Latino/a/x:**

- ☐ Centroamericano(a)
- ☐ Mexicano(a)
- ☐ Sudamericano(a)
- ☐ Cubano(a)
- ☐ Puertorriqueño(a)
- ☐ Hispano(a) o Latino/a/x de otro origen
  *Especifique* _____

**Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico**

- ☐ Chamoru (Chamorro(a))
- ☐ Marshalés(a)
- ☐ Comunidades de la región de Micronesia
- ☐ Nativo(a) de Hawái
- ☐ Samoan(a)
- ☐ Nativo(a) de otras Islas del Pacifico
  *Espesifique* _____

**Blanca:**

- ☐ De Europa del Este
- ☐ Eslavo(a)
- ☐ De Europa Occidental
- ☐ Otro grupo étnico blanco
  *Espesifique* _____

**Indígenas notreamericanos y nativos de Alaska:**

- ☐ Indígena estadounidense
- ☐ Nativo(a) de Alaska
- ☐ Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation)
- ☐ Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano

*Especificar tribu(s)* _____

**Negro(a) y afroestadounidense**

- ☐ Afroestadounidense
- ☐ Afrocaribeño(a)
- ☐ Etíope
- ☐ Somalí
- ☐ Africano(a) de otro origen (negro)
  *Especifique* _____
- ☐ Otro grupo étnico negro
  *Especifique* _____

**De Oriente Medio/del Norte de África:**

- ☐ De Oriente Medio
- ☐ Del Norte de África

**Asiática :**

- ☐ Indígena asiático(a)
- ☐ Camboyano(a)
- ☐ Chino(a)
- ☐ Comunidades de Myanmar
- ☐ Filipino(a)
- ☐ Hmong
- ☐ Japonés(a)
- ☐ Coreano(a)
- ☐ Laosiano(a)
- ☐ Del sur de Asia
- ☐ Vietnamita
- ☐ Otros asiáticos
  *Especifique* _____

☐ **No aparece en la lista, especifique:**

_____

**Opciones de exclusión:**

- ☐ No sé
- ☐ No deseo responder

**¿Si el padre/segundo progenitor comprobó más de una categoría para su identidad racial o étnica, ¿hay una que piensen como su identidad racial o étnica primaria?**

- ☐ Sí: **Si es así, por favor, encierre en un círculo su identidad racial o étnica primaria de las opciones enumeradas en la página 4 de la hoja de cálculo.**
- ☐ El padre/segundo progenitor no tiene una sola identidad racial o étnica primaria.
- ☐ No. El padre/segundo progenitor se identifica como biracial o multiracial.
- ☐ N/D. El padre/segundo progenitor sólo marcó una categoría.
- ☐ No sé.
- ☐ No deseo responder.

**Idioma:**

¿En qué idioma o idiomas usa el padre/segundo progenitor en su hogar? _____

***Si el idioma o idiomas utilizados en el hogar son solo inglés o lenguaje de señas americano o lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y vaya a la Sección de LIMITACIONES FUNCIONALES DEL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR.***¿Qué idioma preferiría usar el padre/segundo progenitor al comunicarse (en persona, por teléfono, virtualmente con alguien fuera del hogar sobre asuntos importantes como información médica, legal o de salud?_____

¿Qué lenguaje preferiría usar el padre/segundo progenitor para leer información escrita importante, como información médica, legal or de salud?_____

¿Qué tan bien habla inglés? ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No muy bien ☐ Nada ☐ No sé ☐ No deseo responder

## LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR



| Las respuestas del padre/segundo progenitor nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales. | Sí *Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? Escriba "0" si ha sido desde el Nacimiento hasta | No | No sé | No deseo responder | No sabe qué se le pregunta en esta pregunta. |
|---|---|---|---|---|---|
| ¿Es el padre/segundo progenitor **sordo/a** o tiene **dificultades serias para oír?** | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿Es el padre/segundo progenitor **ciego/a** o tiene **dificultades serias para ver**, aunque lleve puestos lentes? | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿El padre/segundo progenitor tiene **dificultades serias para caminar o subir escaleras?** | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Debido a una afección física, mental o emocional, **¿el padre/segundo progenitor tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?** | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿El padre/segundo progenitor tiene **dificultades para vestirse o bañarse?** | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ¿El padre/segundo progenitor tiene dificultades **serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?** | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| Cuando **usa su idioma habitual** (de costumbre), **¿el padre/segundo progenitor tiene serias dificultades para comunicarse** (*por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás*)? | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| ***Responda solo si tiene 15 años o más.*** Debido a una **afección física, mental o emocional**, ¿el padre/segundo progenitor tiene **dificultades para hacer mandados solo(a)**, como visitar un consultorio médico o ir de compras? | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | |
| ***Responda solo si tiene 15 años o más.*** ¿El padre/segundo progenitor tiene **serias dificultades** con lo siguiente: **su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?** | ☐ edad: _____ | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

## CUIDADOS PRENATALES

**Forma de pago principal**

☐ Medicaid o Plan de Salud de Oregón (OHP)
☐ Seguro privado
☐ Pago particular
☐ Servicios de salud indígenas
☐ Champus o Tricare
☐ Otro servicio estatal
☐ Otro: _____

Fecha de la última menstruación:

____/____/____
MM DD AAAA

Cuidados prenatales
Fecha de la primera consulta:

____/____/____
MM DD AAAA

Cantidad total de consultas:____

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

Cuántos siguen vivos:_____

Cuántos ya fallecieron:_____

Fecha del último nacimiento vivo ____/____
MM AAAA

Embarazos con otros resultados (aborto espontáneo o inducido, o embarazo ectópico):

Cantidad:

_____
(cantidad combinada de resultados)

Fecha del último resultado:____/____
MM AAAA

## DECLARENTE *(PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)*

☐ Madre biológica ☐ Padre o segundo progenitor mencionado en el acta ☐ Otro (indicar relación):_____

Si el declarante no es ninguno de los padres, indicar nombre del declarante

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

Certifico que la información indicada en este formulario a los fines de completar la partida del niño es correcta a mi mejor saber y entender.

X_____ Fecha: _____
Firma del declarante

**Personal del hospital**

Ninguna otra persona o agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir esta planilla llena.

# AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A UN RECIÉN NACIDO

[Los padres pueden solicitar una copia de esta página para sus registros. Esta página no es un recibo.]

Si usted desea declarar a su hijo en la declaración jurada del impuesto a las ganancias, recibir servicios de diferentes programas federales y del estado o recibir otros beneficios, es indispensable solicitar un número de Seguro Social para su hijo. La información que usted proporcione en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no proporciona la información requerida, es posible que la Administración del Seguro Social (SSA) no le otorgue a su hijo un número de Seguro Social ni la credencial correspondiente.

Al firmar esta página, usted celebra un contrato con la SSA, mediante el cual autoriza al Centro de Estadísticas de Salud del Estado de Oregón a solicitar a la SSA un número de Seguro Social para su hijo. Esta página no tiene ningún otro fin (por ejemplo, no es un comprobante de que se haya solicitado el número de Seguro Social). **Para obtener un comprobante de solicitud de credencial de Seguro Social, pida al personal del hospital un recibo (Formulario SSA-2853, disponible en inglés y en español).**

**NOMBRE DEL NIÑO**

| _____ | _____ | _____ | _____ |
|---|---|---|---|
| Primer nombre | Segundo nombre | Apellido | Sufijo |

Fecha de nacimiento (mes / día / año): _____

¿Desea usted solicitar un número de Seguro Social para su hijo? ☐ Sí ☐ No

**NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE**
(tal como figura en la partida de nacimiento del niño)

En letra de imprenta: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Firma:_____ Fecha: _____

**Instalaciones, parteras, padres de nacimiento en el hogar envíe este formulario por fax a 971-673-3122.**

SP OHA 9704 (02/23)

**Personal del hospital:** Los padres pueden recibir una copia de esta página si la solicitan. Explicar a los padres que esta página no es un comprobante de que se ha solicitado un número de Seguro Social. Si los padres desean un comprobante de que se ha solicitado el número de Seguro Social para el recién nacido, entregarles el recibo (Formulario SSA-2853). Ninguna otra agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir una copia de esta página ni ningún tipo de información del informe de nacimiento vivo o de las planillas de nacimiento. Dirija todas las solicitudes de las agencias por información sobre el nacimiento o números de Seguro social al Centro de Estadísticas de Salud en CHS.Registration@oha.oregon.gov o 971-673-1190.