

Reconocemos que este es un momento difícil para usted y su familia. Esta hoja proporciona información importante sobre los requisitos de información y los servicios que usted tiene disponibles. Llene la hoja de trabajo para padres y entréguela al personal del hospital antes de irse del hospital. **Responda todas las preguntas a su mejor saber y entender.**

### **Requisitos de informar**

La ley de Oregón requiere que todas las muertes fetales se informen al Centro de Estadísticas de Salud (oficina del registro civil de Oregón) si el peso al nacer es de 350 gramos o más. Si se desconoce el peso, el hospital debe informar la muerte fetal si la gestación fue de 20 semanas o más. Dado que se informan menos de 300 muertes fetales por año, la información de cada madre es importante. Cada informe nos ayuda a comprender por qué ocurren las muertes fetales y qué servicios o programas podrían prevenirlas en el futuro.

### **Certificado conmemorativo de nacimiento sin vida**

El informe de muerte fetal está disponible para los padres que figuran en el informe, pero algunos padres prefieren solicitar el Certificado conmemorativo de nacimiento sin vida. Ambos documentos están disponibles solo si el hospital presenta un informe de muerte fetal. **Si usted piensa que podría querer un certificado en el futuro, puede pedir al hospital que presente el informe aunque el peso al momento del nacimiento haya sido inferior a 350 gramos.**

### **Cómo llenar el informe**

La mayor parte de los datos que usted informe no aparecerá en el certificado de muerte fetal ni en el certificado conmemorativo. Su información se utiliza junto con la de otros informes de muerte fetal para conocer los problemas que tienen las mujeres durante el embarazo y los servicios de salud que se utilizaron. Preguntamos sobre educación, raza, etnia y lugar de nacimiento de los padres porque esta información ayuda a identificar disparidades de salud y a determinar los servicios que se necesitan.

La información personal y médica que se recopila de los informes de muerte fetal es altamente confidencial. Las únicas personas que pueden solicitar el certificado de muerte fetal son los familiares directos y sus representantes. Los investigadores de salud pública pueden recibir un archivo de datos en lugar de informes individuales. Estos investigadores tienen requisitos estrictos de confidencialidad y no pueden divulgar la información a otras personas o grupos.

Esta información es muy importante y cada pregunta tiene un propósito. Responda todas las preguntas según su mejor saber y entender.

**Gracias por su ayuda.**

**INFORME DE MUERTE FETAL**  
 HOJA DE TRABAJO PARA PADRES

Escriba claramente con letra de molde

<b>FETO</b>					<b>(Página 1 de 2)</b>
Nombre del feto <small>Primer nombre</small>		Segundo nombre	Otro segundo nombre	Apellido	Sufijo
<b>MÉTODO DE DISPOSICIÓN DE LOS RESTOS- A elección de los padres</b>					
Método de disposición: <input type="checkbox"/> Entierro <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Disposición del hospital <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Retiro del estado					
<input type="checkbox"/> El hospital debe entregar el feto a la funeraria Nombre de la funeraria: _____ <input type="checkbox"/> El hospital debe entregar el feto a los padres Si la institución entrega el feto para disposición final, debe proporcionar un permiso de disposición para el transporte de los restos.					
<b>MADRE(PERSONA QUE ESTABA EMBARAZADA)</b>					
Nombre legal actual de la madre <small>Primer nombre</small>		Segundo nombre	Apellido	Sufijo	
Nombre legal de la madre antes del primer matrimonio / como aparece en su acta de nac. <small>Primer nombre</small>		Segundo nombre	Apellido	Sufijo	
<input type="checkbox"/> Marcar si es igual al nombre legal actual					
Fecha de nacimiento de la madre MM / DD / AAAA		Lugar de nacimiento Estado o provincia canadiense		PAÍS	
<b>DIRECCIÓN DE LA MADRE</b>					
Dirección residencial de la madre Calle y N°		Ciudad	Condado	Estado	C.P.
					¿Dentro de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE</b>					
<b>Educación:</b> ¿Cuál es el nivel educativo más alto que completó?					
<input type="checkbox"/> 8 <sup>vo</sup> grado o menos		<input type="checkbox"/> Algo de universidad, pero sin título		<input type="checkbox"/> Título de Maestría	
<input type="checkbox"/> 9 <sup>no</sup> – 12 <sup>vo</sup> grado; sin diploma		<input type="checkbox"/> Título de Asociado		<input type="checkbox"/> Título de doctorado o profesional	
<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED		<input type="checkbox"/> Título de Licenciatura			
<b>Origen hispano</b> (Marque todas las que correspondan. No deje en blanco.)					
<input type="checkbox"/> No, no soy española/hispana/latina		<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña		<input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano (especifique) _____	
<input type="checkbox"/> Sí, mexicana, mexico-americana, chicana		<input type="checkbox"/> Sí, cubana		<input type="checkbox"/> No sé	
<b>Raza:</b> ¿Cuál es su raza o razas? (Marque todas las que correspondan. No deje en blanco.)					
<input type="checkbox"/> Blanca		<input type="checkbox"/> Filipina		<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái	
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana		<input type="checkbox"/> Japonesa		<input type="checkbox"/> Guameña o chamorra	
<input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska, tribu(s) _____		<input type="checkbox"/> Coreana		<input type="checkbox"/> Samoana	
<input type="checkbox"/> Indo asiática		<input type="checkbox"/> Vietnamita		<input type="checkbox"/> Otra isla del Pacífico(especifique) _____	
<input type="checkbox"/> China		<input type="checkbox"/> Otra asiática(especifique) _____		<input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____	
<b>SALUD DE LA MADRE</b>					
¿Recibió alimentos de WIC para usted durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cigarros que fumó por día <input type="checkbox"/> Marcar si no fumó		
Altura pies ____ pulgadas ____ Peso (previo al embarazo) lib. _____			3 meses <u>antes</u> de embarazarse # _____ cigarros		
			1 <sup>er</sup> trimestre del embarazo # _____ cigarros		
			2 <sup>do</sup> trimestre del embarazo # _____ cigarros		
			3 <sup>er</sup> trimestre del embarazo # _____ cigarros		
¿Entró en trabajo de parto con un plan de tener al bebé en su casa o en un centro de maternidad independiente (no incluye centros de maternidad en un hospital)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Si contestó sí, el tipo de personal tratante planificado al inicio del trabajo de parto fue:		<input type="checkbox"/> Partera tradicional		<input type="checkbox"/> Enfermera obstétrica certificada	
		<input type="checkbox"/> Médico naturópata		<input type="checkbox"/> Doctor en medicina	
		<input type="checkbox"/> Partera no enfermera certificada			

**RELACIÓN LEGAL DE LOS PADRES (Página 2 de 2)**

¿Tenía usted un cónyuge legal o una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón al momento de la concepción, al momento del parto o dentro de los 300 días previos al parto?  Sí  NO

De ser así, ¿estaban casados?  Sí  NO

Si no estaban casados, ¿estaba en una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón?  Sí  NO

¿Se proporcionará la información sobre el padre / segundo progenitor?  Sí  NO

**PADRE / SEGUNDO PROGENITOR**

Nombre del padre / segundo progenitor

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento

Estado o provincia canadiense

PAÍS

MM / DD / AAAA

**CARACTERÍSTICAS DEL PADRE / SEGUNDO PROGENITOR**

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

8<sup>vo</sup> grado o menos

Título de Asociado

9<sup>no</sup> – 12<sup>vo</sup> grado; sin diploma

Título de licenciatura

Diploma de secundaria o GED

Título de maestría

Algo de universidad, pero sin título

Título de doctorado o profesional

**Origen hispano** (Marque todas las que correspondan. No deje en blanco.)

No, no soy español(a)/hispano(a)/latino(a)  Sí, puertorriqueño(a)  Sí, otro origen hispano

Sí, mexicano(a), mexicano(a) americano(a),  Sí, cubano(a)(especificar) \_\_\_\_\_

chicano(a)  No sé

**Raza:** ¿Cuál es su raza o razas? (Marque todas las que correspondan. No deje en blanco.)

Blanco

Filipino

Nativa de Hawái

Negro o afroamericano

Japonés

Guameña o chamorra

Indígena americano o nativo de Alaska (especifique tribu(s)) \_\_\_\_\_

Coreano

Samoana

Vietnamita

Otra isla del Pacífico(especifique) \_\_\_\_\_

Indígena asiático \_\_\_\_\_

Otra asiática (especificar) \_\_\_\_\_

Otra (especifique) \_\_\_\_\_

Chino

**PRENATAL**

Fecha de la última menstruación (del último período)

MM / DD / AAAA

Atención prenatal

No atención prenatal

Primera visita Prenatal MM / DD / AAAA

Nacimientos vivos **previos**

# vivos \_\_\_\_\_

# fallecidos \_\_\_\_\_

Fecha último nac. vivo MM / AAAA

Certifico que la información proporcionada en este formulario para registrar la muerte fetal es correcta a mi mejor saber y entender.

X \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_  
Firma del informante