



산모/모(母)(아이를 출산한) 님께,

귀 자녀의 출생 증명서는 뉴욕시 보건 및 정신위생부 (New York City Department of Health and Mental Hygiene)에서 발행하는 영구적인 법적 기록이며, 자녀의 나이와 시민권, 친자 관계를 증명하는 데 사용됩니다. 귀하는 법에 의거하여 해당 정보를 제공해야 할 의무가 있습니다. 이 양식을 정확히 작성해 주셔야 귀 자녀의 출생신고서가 올바르게 발급됩니다.

임신 전 학력, 인종, 흡연 여부, 키, 몸무게에 대한 정보는 공중 보건 목적을 위해 수집됩니다. 'Q'(Quality Improvement, 품질 개선)로 표시된 추가 질문은 뉴욕 주민이 받는 산전 관리의 품질에 대해 자세히 알아보기 위한 뉴욕주 보건부의 질문입니다. 뉴욕시와 뉴욕주는 귀하와 귀 자녀의 기밀 보장을 위해서 불법적으로 출생 증명서 관련 정보가 유출되지 않도록 법적으로 보호합니다.

- 본 워크시트의 질문에 완전하고 정확한 정보를 기재하는 것이 상당히 중요합니다. 모두 인쇄체로 명확하게 기재해 주십시오.
- 본 워크시트는 **반드시** 영어로 작성해 주십시오. 영어로 작성할 수 없거나 질문이 있는 경우 _____ 번으로 병원 내 출생신고 담당자 (Birth Registrar)에게 전화하십시오.
- 이 워크시트는 **반드시** 귀 자녀의 출생 후 24시간 이내에 작성해 출생신고 담당자에게 제출해야 합니다.

출생 신고 시설 추적용

어머니/모(母) 워크시트 - 신생아 출생 증명서 등록을 위한 수집 데이터

어머니/모(母) 의료 기록 번호:

어머니/모(母) 이름:

자녀 의료 기록 번호:

자녀 생년월일:

해당 출산에서 태어난 아이의 수:

다태아인 경우 해당 자녀의 출생 순위:

어머니/모(母)의 특징

14. 교육: 귀 자녀의 출생 당시 귀하 의 최종 학력은 무엇입니까? 해당하는 한 곳에만 (X) 표시하십시오.	<input type="checkbox"/> 8학년 미만, 없음 <input type="checkbox"/> 9~12학년, 학위 없음 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 또는 GED (검정고사) <input type="checkbox"/> 대학 학점 일부 이수, 학위 없음	<input type="checkbox"/> 준학사 학위(예: AA, AS) <input type="checkbox"/> 학사 학위(예: BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> 석사 학위(예: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> 박사 학위(예: PhD, EdD) 또는 전문 학위(예: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
15. 임신 기간에 고용 상태 였습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요	
16. 현재/가장 최근 직업 은 무엇입니까?	직업(예: 현금 출납원, 은행원, 간호사, 변호사 등)	
17. 해당 직업은 어떤 산업군 에 속합니까? 사업자명이 아닌 사업 유형을 기재하십시오.	산업군(예: 음식점, 은행, 의료 서비스, 법률 등)	
18. 혈통 은 무엇입니까? 해당하는 한 곳에만(X) 표시하여 자신에게 가장 부합하는 것을 명시하십시오.	<input type="checkbox"/> 히스패닉계/라틴계(예: 멕시코인, 푸에르토리코인, 쿠바인, 도미니카인 등) 구체적으로 기재: _____ <input type="checkbox"/> 히스패닉계/라틴계 아님(예: 이탈리아인, 아프리카계 미국인, 아이티인, 파키스탄인, 우크라이나인, 나이지리아인, 대만인 등) 구체적으로 기재: _____	
19. 귀하의 인종 은 어디에 해당합니까? 인종은 미국 통계국의 정의에 따릅니다. 미국 통계국에서 정의한 인종에 따르면 히스패닉계/라틴계는 인종이 아닙니다. 히스패닉 혈통인 경우 18번 질문에 답하십시오. 해당하는 곳에 모두 (X) 표시를 하고 구체적으로 기재하십시오.	<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민(등록 부족 혹은 주요 부족의 이름) <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 중국인	
	<input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 기타 아시아인(구체적으로 기재) <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기재)	
	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 차모르인 또는 괌 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민(구체적으로 기재)	

어머니/모(母)의 건강

20. 임신 중에 WIC 에 참여했습니까? (여성, 유아 및 아동(Women, Infants and Children) 대상 특별 영양 보충 프로그램)	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요																				
21. 키 는 얼마입니까?	신장 _____ 피트 _____ 인치 _____ 파운드																				
22. 임신 전 몸무게 는 얼마입니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 예 '예'인 경우 다음 기간에 흔한 일일 평균 담배 개수 혹은 담배 갑 수는 얼마입니까? 아래 질문에 답하십시오. 해당 기간에 흡연하지 않은 경우 0을 기재하십시오.																				
23. 임신 3개월 전 혹은 임신 중에 흡연 을 했습니까?	<table border="1"> <thead> <tr> <th>기간</th> <th>일일 담배 개수</th> <th>또는</th> <th>일일 담배 갑 수</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>임신 전 3개월</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>임신 초기 3개월</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>임신 중기 3개월</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>임신 후기 3개월</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	기간	일일 담배 개수	또는	일일 담배 갑 수	임신 전 3개월	_____		_____	임신 초기 3개월	_____		_____	임신 중기 3개월	_____		_____	임신 후기 3개월	_____		_____
기간	일일 담배 개수	또는	일일 담배 갑 수																		
임신 전 3개월	_____		_____																		
임신 초기 3개월	_____		_____																		
임신 중기 3개월	_____		_____																		
임신 후기 3개월	_____		_____																		
24. 임신 중 알코올 을 섭취한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요																				
25a. 임신 중 돌라 (숙련된 출산 전문가)와 협력했습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 <input type="checkbox"/> 모름																				
25b. 돌라 의 이름과 조직(해당하는 경우)은 무엇입니까? 25c. 돌라 가 출산 중 함께했습니까?	성명(이름, 성): _____ 조직 _____ <input type="checkbox"/> 모름 (해당되는 사항에 모두 (X) 표시하여 주십시오) <input type="checkbox"/> 예, 돌라가 직접 참석하여 도움을 주었습니다. <input type="checkbox"/> 예, 돌라가 가상으로 도움을 주었습니다(예: 전화 통화, Zoom, FaceTime) <input type="checkbox"/> 아니요																				

품질 개선(QI) 질문인 26번, 27번, 28번, 29번 및 30번 질문은 선택 사항이며 뉴욕주 보건부의 질문입니다.

모든 QI 답변은 기밀로 취급되며 공공보건 목적으로만 사용됩니다.

26. (QI) 해당 출산 전에 산전 관리 (해당 임신에 대한 의료 서비스)를 받으셨습니까?	<input type="checkbox"/> 아니요 - 27번으로 가십시오. <input type="checkbox"/> 예 - '예'인 경우 다음에 답변하십시오. 산전 관리를 위해 병원 방문 중의 의사, 간호사 기타 의료진과 아래 목록에 있는 것에 관해 이야기한 적이 있습니까? a) 임신 중 흡연이 태아에게 미치는 영향 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 e) 임신 후 사용할 피임 방법 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 b) 임신 중 음주가 태아에게 미치는 영향 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 f) 진통이 일찍 시작되면 어떻게 해야 하는지 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 c) 불법 약물이 태아에게 미치는 영향 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 g) HIV/AIDS 유발 바이러스 감염을 막는 방법 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 d) 열매가 지난 후에 다른 아이를 가져야 하는지 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요 h) 남편 또는 파트너가 여성을 신체적으로 학대하는지 <input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
27. (QI) 현재 임신 기간에 일상적인 활동 외에, 30분 이상의 운동 을 주당 몇 회 했습니까?	주당 _____ 회
28. (QI) 임신 기간에 붓기 또는 출혈과 같은 잇몸 문제가 발생한 적이 있습니까?	<input type="checkbox"/> 예 <input type="checkbox"/> 아니요
29. (QI) 다음 중 임신 기간에 귀하에게 해당하는 곳에 체크하십시오. 해당하는 한 곳에만 (X) 표시하십시오.	<input type="checkbox"/> 전혀 우울하지 않았음 <input type="checkbox"/> 조금 우울했음 <input type="checkbox"/> 어느 정도 우울했음 <input type="checkbox"/> 매우 우울했지만 도움을 받지 않았음 <input type="checkbox"/> 매우 우울했고 도움을 받았음
30. (QI) 임신하기 전에 임신하는 것에 대해 어떻게 느끼셨습니까? 해당하는 한 곳에만 (X) 표시하십시오.	<input type="checkbox"/> 좀 더 일찍 임신하길 원했음. <input type="checkbox"/> 나중에 임신하길 원했음. <input type="checkbox"/> 그 시기에 임신하길 원했음. <input type="checkbox"/> 그 시기에 혹은 향후에도 임신하길 원하지 않았음

출생 증명서에 자녀의 아버지/부(父)의 이름을 명시하길 원하는 경우 아래 설명대로 정확하고 완전한 정보를 제공한 후 작성을 완료한 해당 양식을 병원 내 출생신고 담당자에게 제출해야 합니다.

그리고

- 1) 혼인한 경우 출생 증명서에 자녀의 법적 부(父)로서 다른 한 부모의 이름을 명시하기 위해 필요한 것이 무엇인지 병원에 문의하십시오. 또는
- 2) 혼인했으며 자녀의 다른 한 부모가 될 수 있는 사람이 두 명 이상인 경우 가정 법원에서 친부모권을 성립해야 합니다. 또는
- 3) 혼인하지 않았으며 자녀가 대리모 계약으로 인해 태어나지 않았다면, 귀하와 다른 한 부모로 추정되는 사람이 친척이 아닌 증인 두 명이 배석한 자리에서 친부모권 인정 양식에 서명하면 됩니다. 또는
- 4) 상기 내용에 모두 해당되지 않는 경우 병원 출생신고 담당자에게 문의하십시오.

**신생아 아버지/부(父)에 관한 정보
어머니/모(母) 또는 아버지/부(父)가 작성**

아버지/부(父)

31. 자녀의 아버지/부(父)의 첫 번째 결혼 전 이름은 무엇입니까(출생 시 이름) 출생 증명서에 명시되길 원하는 대로 아버지/부(父) 출생 시 이름을 정확히 기재하십시오. 향후 해당 정보를 변경하려면 시정 신청서를 보건부에 제출해야 합니다.	아버지/부(父) 이름	아버지/부(父) 중간 이름	아버지/부(父) 성	호칭 (Jr, III, 등)
	아버지/부(父) 출생 일자 ____ / ____ / ____ 연도			현재 연령 ____
32-34. 아버지/부(父)의 생년월일, 현재 나이 및 성별은 무엇입니까? 옵션 'X'는 남성 또는 여성이 아닌 성별(성 정체성이 논바이너리임)을 의미합니다.	아버지/부(父)의 SSN <input type="checkbox"/> 아버지/부에게 SSN이 없음			
35. 아버지/부(父)의 소셜시큐리티 번호는 무엇입니까? 부모의 SSN 제공은 연방법 42 USC 405(c)(사회보장법 205c항)에 의거하고 있습니다. 소셜시큐리티 번호는 자녀 양육비 집행 활동 지원을 위해 뉴욕 주 임시 및 영구 장애 보조금 및 근로소득세액공제 준수 확인 목적으로 사회보장국을 통해 국제청에서 이용 가능합니다.	이전 페이지에 기재한 어머니/모(母)의 서명으로 상기 SSN가 정확하다는 것을 인증합니다.			

아버지/부(父)의 출생지

36. 아버지/부(父)의 출생지는 어디입니까?	시	주(미국 이외인 경우 국가 명시)	국가
37. 아버지/부(父)가 미국 이외의 장소에서 출생한 경우 미국에서 거주한 기간은 얼마입니까?	미국에 체류한 연수 ____	또는 1년 미만인 경우:	미국에 체류한 개월수 ____

아버지/부(父)의 특징

38. 교육: 귀 자녀의 출생 당시 자녀의 아버지/부(父)의 최종 학력은 무엇입니까? 해당하는 한 곳에만 (X) 표시하십시오.	<input type="checkbox"/> 8학년 미만, 없음 <input type="checkbox"/> 9-12학년, 학위 없음 <input type="checkbox"/> 고등학교 졸업 또는 GED(검정고시) <input type="checkbox"/> 대학 학점 일부 이수, 학위 없음	<input type="checkbox"/> 준학사 학위(예: AA, AS) <input type="checkbox"/> 학사 학위(예: BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> 석사 학위(예: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> 박사 학위(예: PhD, EdD) 또는 전문 학위(예: MD, DDS, DVM, LLB, JD)
39. 아버지/부(父)의 현재/가장 최근 직업은 무엇입니까?	직업(예: 현금 출납원, 은행원, 간호사, 변호사 등)	
40. 해당 직업은 어떤 산업군에 속합니까? 사업자명이 아닌 사업 유형을 기재하십시오.	산업군(예: 음식점, 은행, 의료 서비스, 법률 등)	
41. 아버지/부(父)의 혈통은 무엇입니까? 해당하는 한 곳에만 (X) 표시하여 아버지/부(父)에게 가장 부합하는 것을 명시하십시오.	<input type="checkbox"/> 히스패닉계/라틴계(예: 멕시코인, 푸에르토리코인, 쿠바인, 도미니카인 등) 구체적으로 기재: _____ <input type="checkbox"/> 히스패닉계/라틴계 아님(예: 이탈리아인, 아프리카계 미국인, 아이티인, 파키스탄인, 우크라이나인, 나이지리아인, 대만인 등) 구체적으로 기재: _____	
42. 아버지/부(父)의 인종은 무엇입니까? 인종은 미국 통계국의 정의에 따릅니다. 미국 통계국에서 정의한 인종에 따르면 히스패닉계/라틴계는 인종이 아닙니다. 히스패닉/라틴 혈통인 경우 41번 질문에 답하십시오. 해당하는 곳에 모두 (X) 표시를 하고 구체적으로 기재하십시오.	<input type="checkbox"/> 백인 <input type="checkbox"/> 흑인 또는 아프리카계 미국인 <input type="checkbox"/> 아메리카 원주민 또는 알래스카 원주민(등록 부족 혹은 주요 부족의 이름) <input type="checkbox"/> 아시아계 인디언 <input type="checkbox"/> 중국인	
	<input type="checkbox"/> 필리핀인 <input type="checkbox"/> 일본인 <input type="checkbox"/> 한국인 <input type="checkbox"/> 베트남인 <input type="checkbox"/> 기타 아시아인(구체적으로 기재) <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기재)	
	<input type="checkbox"/> 하와이 원주민 <input type="checkbox"/> 차모르인 또는 괌 원주민 <input type="checkbox"/> 사모아인 <input type="checkbox"/> 기타 태평양 섬 주민(구체적으로 기재) <input type="checkbox"/> 기타(구체적으로 기재)	