



Bureau of Vital Statistics
125 Worth St.
New York, NY 10013

2021 年 4 月

尊敬的新手妈妈/家长（分娩者）：

纽约市健康与心理卫生局为您的孩子签发出生证明。出生证明是您子女出生的永久合法记录，用于证明您子女的年龄、公民身份和亲子关系。法律规定您需要提供相关信息。请您正确填写此表格，否则我们无法为您的子女制作准确的出生证明。

出于公共卫生目的，我们会收集有关您的教育、种族、吸烟情况、怀孕前身高和体重的信息。标有“质量改善 (Quality Improvement, QI)”的问题为纽约州卫生局额外要求，以了解更多有关纽约居民接受产前护理质量的信息。为保障您和孩子的隐私，NYC 和 NYS 法律禁止非法发布出生证明信息。

- 为此表上的问题提供完整和准确的信息非常重要。请保证所有信息填写清晰。
- 本表格**必须**用英文填写。如果您无法自行用英文填写，或者您有任何疑问，请致电医院出生登记处：_____。
- 表格**必须**在您子女出生后 24 小时内完成并返还给出生登记员 (Birth Registrar)。

用于生育机构出生登记追踪

母亲/家长页表格 — 为登记新生儿出生证明而收集的信息

母亲/家长的医疗记录
编号:

母亲/家长姓名:

子女的医疗记录编号:

子女的出生日期:

本次怀孕分娩孩子数量:

如果不止一个，该孩子出生次序:

请按您希望填写在出生证明上的顺序正楷填写所有名字。若将来要更改此信息，您需要向卫生局 (Health Department) 提交更正申请。

孩子 如果不只一个孩子出生，该孩子的出生次序：_____

1. 您子女的 法定全名 是什么？	子女的名字	子女的中间名字	子女的姓氏	后缀 (小、三世等)
2. 您是否希望您子女获得一个社会安全号码 (Social Security number, SSN) 和社会安全卡？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
只要您在上方提供了新生儿的法定 姓氏和名字 ，就可以为您的子女申请 SSN。卫生局将在出生证明申请时将请求发送给社会安全局 (Social Security Administration)。如果您 目前暂时 不需要，之后可直接联系社会安全局为您的子女获取 SSN。医院、生育机构和卫生局不对代表您提出请求负责。				如果是，该卡将由社会安全局邮寄到母亲/家长的邮寄地址。

母亲/家长 (分娩者)

3. 您 目前的法定全名 是什么？	母亲/家长的名字	母亲/家长的中间名	母亲/家长的法定姓氏	后缀
4. 您的 婚前姓名 是什么？ 第一次结婚前使用的名字。	<input type="checkbox"/> 我的婚前姓名是我目前的法定全名。			
	母亲/家长的名字	母亲/家长的中间名	母亲/家长的法定姓氏	后缀
5-7. 您的 出生日期、当前年龄及性别 是什么？ “X”表示不完全是男性或女性（即非二元性别认同）。	母亲/家长的出生日期 ____ / ____ / ____ 月 / 日 / 年	当前年龄 ____	性别 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> X	
8. 您的 社会安全号码 是多少？ 联邦法律 42 USC 405(c) (社会保障法第 205c 条) 要求提供家长 SSN。号码将提供给纽约州临时和残疾援助办公室 (NYS Office of Temporary and Disability Assistance)，以协助执行儿童抚养费事宜，并通过社会安全局提供给国税局 (Internal Revenue Service, IRS)，以确定收入所得税减免的合规性。	母亲/家长的 SSN <input type="checkbox"/> 本人没有 SSN ____ - ____ - ____	父亲/家长的 SSN (如适用) 将在父亲/家长的信息部分填写。		
	您在下方的签名证明此表格上有关 SSN 的信息是正确的。			日期 ____ / ____ / ____ 月 / 日 / 年
	母亲/家长的签名			

母亲/家长的出生地

9. 您的 出生地 在哪里？	城市	州 (如果不在美国，请注明国家)	国家
10. 如果您在美国境外出生，您在 美国生活了多久 ？	在美生活了几年 ____	或 如果不到一年：	在美生活了几个月 ____

母亲/家长的地址

11. 您的 常住地址 在哪里？ 您的家庭住址在哪里？ 如果不在美国，请注明地址、城市和国家。	街道地址 (请勿填写邮政信箱地址或代管地址)	公寓编号	如果是纽约市，县 (区)： <input type="checkbox"/> 纽约 (曼哈顿) <input type="checkbox"/> 布朗克斯区 <input type="checkbox"/> 国王区 (布鲁克林) <input type="checkbox"/> 皇后区 <input type="checkbox"/> 里士满 (史丹顿岛)
	城市	州	邮政编码
	国家		
12. 您的 邮寄地址 是什么？ 该地址为 邮寄 出生证明的地址第一份出生证明是 免费 的。	<input type="checkbox"/> 地址为本人前面填的常住地址		
	<input type="checkbox"/> 没有 邮寄地址 (如果没有邮寄地址，将不会进行证明邮寄；您需要到卫生局领取。)		
	如果邮寄地址为代管 (In Care of (c/o))，请在此处注明：		
	代管 (人或组织/机构)		
	街道地址 (纽约市邮寄地址不允许使用邮政信箱)		公寓编号
	城市	州	邮政编码
	国家		
13. 您的 电话号码 是多少？	白天 (____) _____ - _____	晚上 (____) _____ - _____	分机号 _____

母亲/家长的个人情况

<p>14. 教育：您怀孕分娩当下完成的最高级别学历是什么？ 仅选择一项，在方框里打“x”</p>	<input type="checkbox"/> 8 年级以下；无任何教育 <input type="checkbox"/> 副学士学位（例如 AA、AS） <input type="checkbox"/> 9-12 年级，无文凭 <input type="checkbox"/> 学士学位（例如 BA、AB、BS） <input type="checkbox"/> 高中毕业或 GED <input type="checkbox"/> 硕士学位（例如 MA、MS、MEng、MEd、MSW、MBA） <input type="checkbox"/> 一些大学学分，但没有学位 <input type="checkbox"/> 博士学位（例如 PhD、EdD）或专业学位（例如 MD、DDS、DVM、LLB、JD）																					
<p>15. 您在怀孕期间是否有工作？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																					
<p>16. 您目前/最近的职业/工作是什么？</p>	职业（例如出纳、银行柜员、护士、律师等）																					
<p>17. 您在哪个行业从事该职业/工作？ 无需给出具体公司名称，只需写下属于什么类型。</p>	行业（例如餐饮、银行、医疗保健、法律等）																					
<p>18. 您的血统是什么？ 选择（框里打“x”）一项并注明具体情况。</p>	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔（例如墨西哥人、波多黎各人、古巴人、多米尼加人等） 具体为： _____ <input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔（例如意大利人、非裔美国人、海地人、巴基斯坦人、乌克兰人、尼日利亚人、台湾人等） 具体为： _____																					
<p>19. 您属于哪个种族？ 种族的定义来自美国人口普查。根据美国人口普查，西班牙裔/拉丁裔不属于种族。若您为西班牙裔血统，请回答第 18 题即可。 选择（框里打“x”）所有适用选项并注明具体情况。</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 白人</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 中国人</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> 夏威夷原住民</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人</td> <td><input type="checkbox"/> 菲律宾人</td> <td><input type="checkbox"/> 关岛人或查莫洛人</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民（登记在案部落或主要部落的名称）</td> <td><input type="checkbox"/> 日本人</td> <td><input type="checkbox"/> 萨摩亚人</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> 韩国人</td> <td><input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民（请注明）</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> 亚裔印度籍</td> <td><input type="checkbox"/> 越南人</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> 其他亚洲人（请注明）</td> <td><input type="checkbox"/> 其他（请注明）</td> </tr> <tr> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫洛人	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民（登记在案部落或主要部落的名称）	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人	_____	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民（请注明）	<input type="checkbox"/> 亚裔印度籍	<input type="checkbox"/> 越南人	_____		<input type="checkbox"/> 其他亚洲人（请注明）	<input type="checkbox"/> 其他（请注明）		_____	_____
<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民																				
<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫洛人																				
<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民（登记在案部落或主要部落的名称）	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人																				
_____	<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民（请注明）																				
<input type="checkbox"/> 亚裔印度籍	<input type="checkbox"/> 越南人	_____																				
	<input type="checkbox"/> 其他亚洲人（请注明）	<input type="checkbox"/> 其他（请注明）																				
	_____	_____																				

母亲/家长的健康

<p>20. 您本次怀孕期间是否参加了 WIC？ （女性、婴儿和儿童特殊营养补充计划）</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																				
<p>21. 您的身高是多少？</p>	身高 _____ 英尺 _____ 英寸 孕前期体重 _____ 磅																				
<p>22. 您的孕前体重是多少？</p>	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 如果是，您在以下时间段里平均每天抽多少支或多少包香烟？ 请回答下列问题。如果在下列任何期间都没有吸烟，则填写 0。 <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%;">时间段</td> <td style="width: 33%;">每日抽烟支数</td> <td style="width: 33%;">或</td> <td style="width: 33%;">每日抽烟包数</td> </tr> <tr> <td>孕前三个月</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>孕期第一至三个月</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>孕期第四至六个月</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>孕期第七至九个月</td> <td>_____</td> <td></td> <td>_____</td> </tr> </table>	时间段	每日抽烟支数	或	每日抽烟包数	孕前三个月	_____		_____	孕期第一至三个月	_____		_____	孕期第四至六个月	_____		_____	孕期第七至九个月	_____		_____
时间段	每日抽烟支数	或	每日抽烟包数																		
孕前三个月	_____		_____																		
孕期第一至三个月	_____		_____																		
孕期第四至六个月	_____		_____																		
孕期第七至九个月	_____		_____																		
<p>23. 您在怀孕前三个月或怀孕期间是否有吸烟？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																				
<p>24. 您在本次怀孕期间是否有喝酒？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否																				
<p>25a. 您在怀孕期间是否获得导乐（受过训练的助产士）的帮助？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 不知道																				
<p>25b. 导乐的姓名和所属机构是什么（如适用）？</p>	姓名（姓氏和名字） _____ 机构： _____ <input type="checkbox"/> 不知道																				
<p>25c. 在您分娩和/或分娩过程中导乐是否在场？</p>	请选择 所有 适用项 <input type="checkbox"/> 是，导乐提供面对面支持服务 <input type="checkbox"/> 是，导乐提供了线上支持（例如通过电话、Zoom、FaceTime） <input type="checkbox"/> 否																				

质量改善 (QI) 问题 26、27、28、29 和 30 属于自愿回答题，将提供给纽约州卫生署 —— 所有 QI 答案都是保密的，仅用于公共卫生目的。

<p>26. (QI) 您此次分娩住院前是否接受了产前护理（本次怀孕的医疗护理）？</p>	<input type="checkbox"/> 否 - 跳转至第 27 题 <input type="checkbox"/> 是 - 如果是，请回答以下问题：在您进行任何产前检查期间，医生、护士或其他医疗保健工作者是否与您讨论过下列任何事项？ <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">a) 怀孕期间吸烟如何影响您的宝宝？</td> <td style="width: 50%;">e) 怀孕后使用的避孕方法？</td> </tr> <tr> <td>b) 怀孕期间饮酒如何影响您的宝宝？</td> <td>f) 如果您的分娩提前开始怎么办？</td> </tr> <tr> <td>c) 使用非法药物如何影响您的宝宝？</td> <td>g) 如何避免感染 HIV（导致 AIDS 的病毒）？</td> </tr> <tr> <td>d) 需要等多久才能再怀下一胎？</td> <td>h) 丈夫或伴侣对孕妇是否进行过身体虐待？</td> </tr> </table>	a) 怀孕期间吸烟如何影响您的宝宝？	e) 怀孕后使用的避孕方法？	b) 怀孕期间饮酒如何影响您的宝宝？	f) 如果您的分娩提前开始怎么办？	c) 使用非法药物如何影响您的宝宝？	g) 如何避免感染 HIV（导致 AIDS 的病毒）？	d) 需要等多久才能再怀下一胎？	h) 丈夫或伴侣对孕妇是否进行过身体虐待？
a) 怀孕期间吸烟如何影响您的宝宝？	e) 怀孕后使用的避孕方法？								
b) 怀孕期间饮酒如何影响您的宝宝？	f) 如果您的分娩提前开始怎么办？								
c) 使用非法药物如何影响您的宝宝？	g) 如何避免感染 HIV（导致 AIDS 的病毒）？								
d) 需要等多久才能再怀下一胎？	h) 丈夫或伴侣对孕妇是否进行过身体虐待？								
<p>27. (QI) 在本次怀孕期间，除了平时的活动之外，您每周锻炼达 30 分钟或更长时间的次数是多少？</p>	_____ 次/一周								
<p>28. (QI) 您在怀孕期间是否有任何牙龈问题（例如牙龈肿胀或出血）？</p>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否								
<p>29. (QI) 在怀孕期间，您的自我感觉为： 仅选择一项，在方框里打“x”。</p>	<input type="checkbox"/> 完全不抑郁 <input type="checkbox"/> 有点抑郁 <input type="checkbox"/> 中度抑郁 <input type="checkbox"/> 非常抑郁且并没有获得帮助 <input type="checkbox"/> 非常抑郁且获得了帮助								
<p>30. (QI) 回想怀孕前，您得知怀孕后是什么感受？ 仅选择一项，在方框里打“x”。</p>	<input type="checkbox"/> 想早点怀孕。 <input type="checkbox"/> 想晚点怀孕。 <input type="checkbox"/> 当时想怀孕。 <input type="checkbox"/> 当时或将来的任何时候都不想怀孕。								

如果您希望您子女的父亲/家长的姓名出现在出生证明上，您必须提供下列准确和完整的信息，并向医院出生登记处提交一份填写完整的表格。

以及

- 1) 如果您已婚，请咨询医院，如何确保另一半的姓名在出生证明上显示为您子女的合法家长；或者
- 2) 如果您已婚并且可能为孩子生父的人不止一个，您必须去家庭法庭确定亲子关系；或者
- 3) 如果您未婚且孩子不是代孕协议的对象，您和所谓的家长双方都可在两名无关证人在场的情况下签署亲子关系确认书；或者
- 4) 如果您的情况不在上述范围内，请咨询医院出生登记员。

活产婴儿的父亲/家长信息 由母亲/家长或父亲/家长填写

父亲/家长

31. 您孩子的父亲/家长第一次结婚之前的姓名 (出生时的名字) 是什么? 请按照您希望名字出现在出生证明上的顺序来填写父亲/家长名字。若将来要更改此信息，您需要向卫生局提交更正申请。	父亲/家长的名字	父亲/家长的中间名	父亲/家长的姓氏	后缀 (小、三世等)
32-34. 父亲/家长的出生日期、当前年龄及性别是什么? “X”表示不完全是男性或女性（即非二元性别认同）。	父亲/家长的出生日期 ____ / ____ / ____ 月 / 日 / 年	当前年龄 ____	性别 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> X	
35. 父亲/家长的社会安全号码是? 联邦法律 42 USC 405(c) (社会安全法第 205c 条) 要求提供家长的社会安全号码。号码将提供给纽约州临时和残疾援助办公室，以协助执行儿童抚养费事宜，并通过社会安全局提供给国税局 (IRS)，以确定收入所得税减免的合规性。	父亲/家长的社会安全号码 ____ - ____ - ____		<input type="checkbox"/> 父亲/家长没有 SSN	
	上一页母亲/家长已签名确认上述 SSN 是正确的。			

父亲/家长的出生地

36. 父亲/家长的出生地是哪里?	城市	州 (如果不在美国, 请注明国家)	国家
37. 如果父亲/家长在美国境外出生, 在美国生活了多久?	在美生活了几年 ____	或 如果不到一年:	在美生活了几个月 ____

父亲/家长的个人情况

38. 教育: 父亲/家长在您怀孕分娩当下完成的最高级别学历是什么? 仅选择一项, 在方框里打“X”。	<input type="checkbox"/> 8 年级以下; 无任何教育	<input type="checkbox"/> 副学士学位 (例如 AA、AS)	
	<input type="checkbox"/> 9-12 年级, 无文凭	<input type="checkbox"/> 学士学位 (例如 BA、AB、BS)	
39. 父亲/家长目前/最近的职业/工作是什么?	<input type="checkbox"/> 高中毕业或 GED	<input type="checkbox"/> 硕士学位 (例如 MA、MS、MEng、MEd、MSW、MBA)	
	<input type="checkbox"/> 一些大学学分, 但没有学位	<input type="checkbox"/> 博士学位 (例如 PhD、EdD) 或专业学位 (例如 MD、DDS、DVM、LLB、JD)	
40. 父亲/家长在哪个行业从事该职业/工作? 无需给出具体公司名称, 只需写下属于什么类型。	职业 (例如出纳、银行柜员、护士、律师等)		
	行业 (例如餐饮、银行、医疗保健、法律等)		
41. 父亲/家长的血统是什么? 选择 (框里打“X”) 一项并注明具体情况。	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔 (例如墨西哥人、波多黎各人、古巴人、多米尼加人等) 具体为: _____		
	<input type="checkbox"/> 非西班牙裔/拉丁裔 (例如意大利人、非裔美国人、海地人、巴基斯坦人、乌克兰人、尼日利亚人、台湾人等) 具体为: _____		
42. 父亲/家长的种族是什么? 种族由美国人口普查局 (U.S. Census) 定义。根据美国人口普查, 西班牙裔/拉丁裔不属于种族。若您为西班牙裔/拉丁裔血统, 请回答第 41 题即可。选择 (框里打“X”) 所有适用选项并注明具体情况。	<input type="checkbox"/> 白人	<input type="checkbox"/> 中国人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民
	<input type="checkbox"/> 黑人或非裔美国人	<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫洛人
	<input type="checkbox"/> 美洲印第安人或阿拉斯加原住民 (登记在案部落或主要部落的名称)	<input type="checkbox"/> 日本人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人
		<input type="checkbox"/> 韩国人	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 (请注明)
		<input type="checkbox"/> 越南人	
	<input type="checkbox"/> 亚裔印度籍	<input type="checkbox"/> 其他亚洲人 (请注明)	<input type="checkbox"/> 其他 (请注明)