



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

Octubre de 2022

Estimada nueva madre/paciente (persona que va a dar a luz):

El Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York (Departamento de Salud de NYC) emite el certificado de nacimiento de su hijo. Un certificado de nacimiento es el registro legal permanente del nacimiento de su hijo y se usa como prueba de la edad, ciudadanía y paternidad de su hijo. La información que da la exige la ley. A menos que complete este formulario correctamente, no podemos crear un certificado de nacimiento preciso para su hijo.

La información sobre su educación, raza, tabaquismo, altura y peso antes del embarazo se recopila con fines de salud pública. El Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS) solicita preguntas adicionales etiquetadas como "QI" (Mejora de la calidad) para obtener más información sobre la calidad del cuidado prenatal que reciben los neoyorquinos. Las leyes de NYC y NYS protegen contra la revelación ilegal de información del certificado de nacimiento para garantizar la confidencialidad de usted y su hijo.

- Es extremadamente importante que brinde información completa y precisa a las preguntas de este formulario. Escriba toda la información claramente en letra de molde.
- El formulario **debe ser** completado en inglés. Si no puede completarlo en inglés por su cuenta, o si tiene alguna pregunta, llame al Registro de Nacimientos del hospital al _____.
- El formulario completo **debe** completarse y devolverse al Registro de Nacimientos dentro de las 24 horas después del nacimiento de su hijo.

Para fines de seguimiento del registro de nacimientos en el centro

Formulario para la madre/figura correspondiente: datos recopilados para el registro del certificado de nacimiento del recién nacido

Número de expediente médico de la madre/figura correspondiente:

Nombre de la madre/figura correspondiente:

Número de expediente médico del niño:

Fecha de nacimiento del niño:

Número de bebés nacidos de este embarazo:

Si hay más de un nacimiento, indique el orden de nacimiento de este niño:

Escriba todos los nombres en letra de molde exactamente como le gustaría que aparecieran en el certificado de nacimiento. Para cambiar esta información en el futuro, se le pedirá que envíe una solicitud de corrección al Departamento de Salud.

Niño Si dio a luz más de un niño, indique el orden de nacimiento de este niño: _____

1. ¿Cuál será el nombre legal de su hijo?	NOMBRE del niño	SEGUNDO nombre del niño	APELLIDO del niño	Sufijo (Jr., III, etc.)
2. ¿Quiere un número y una tarjeta de Seguro Social (SSN) para su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si arriba dio el nombre y apellido de su hijo recién nacido, puede pedir un SSN para su hijo. El Departamento de Salud enviará la solicitud a la Administración del Seguro Social en el momento en que se presente el certificado. Si no pide esto ahora , necesitará comunicarse directamente con el Seguro Social para obtener un SSN para su hijo. El hospital, el centro de partos y el Departamento de Salud no serán responsables de hacer la solicitud en su nombre. Si la respuesta es sí, la Administración del Seguro Social enviará la tarjeta por correo a la dirección de correo de la madre/paciente..				

Madre/figura correspondiente (persona que da a luz)

3. ¿Cuál es su nombre legal actual?	Nombre de la madre/figura correspondiente	Segundo nombre de la madre/figura correspondiente	Apellido legal de la madre/figura correspondiente	Sufijo
4. ¿Cuál es su nombre de soltera? Nombre antes del primer matrimonio.	<input type="checkbox"/> Mi apellido de soltera es mi nombre legal actual. Nombre de la madre/figura correspondiente	Segundo nombre de la madre/figura correspondiente	Apellido legal de la madre/figura correspondiente	Sufijo
5-7. ¿Cuál es su fecha de nacimiento, edad actual y sexo? "X" significa un género que no es exclusivamente masculino ni femenino (es decir, una identidad de género no binaria).	Fecha de nacimiento de la madre/figura correspondiente ____ / ____ / ____ <i>Mes día año</i>		Edad actual ____	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X
8. ¿Cuál es su número de Seguro Social? La ley federal, 42 USC 405(c), exige dar los números de SSN de los padres (sección 205c de la Ley del Seguro Social). Los números estarán disponibles para la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York para ayudar con las actividades de cumplimiento de la manutención de menores y para el Servicio de Impuestos Internos (IRS) mediante la Administración del Seguro Social para determinar el cumplimiento del Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo.	SSN de la madre/figura correspondiente <input type="checkbox"/> No tengo un SSN ____ - ____ - ____		El SSN del padre/figura correspondiente se pedirá en la sección del padre/figura correspondiente, si corresponde	
Su firma abajo indica que la información sobre el SSN en este formulario es correcta. Firma de la madre/figura correspondiente _____			Fecha ____ / ____ / ____ <i>Mes día año</i>	

Lugar de nacimiento de la madre/figura correspondiente

9. ¿Dónde nació?	Ciudad	Estado (si no está en Estados Unidos (EE. UU.), indique el país)	País
10. Si nació fuera de los EE. UU., ¿cuánto tiempo vivió en los EE. UU.?	Años que vivió en los EE. UU. _____ si es menos de un año: _____		Meses que vivió en los EE. UU. _____

Dirección de la madre/figura correspondiente

11. ¿Dónde vive generalmente? ¿Dónde está su casa físicamente? Si no es en los EE. UU., indique la dirección, la ciudad y el país.	Dirección de correo (no escriba un apartado de correos ni a cargo de (c/o))		N.º de Apto.	Si es NYC, condado (distrito municipal): <input type="checkbox"/> Nueva York (Manhattan) <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings (Brooklyn) <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond (Staten Island)
	Ciudad	Estado	Código postal	
12. ¿Cuál es su dirección de correo? Aquí es donde se enviará el certificado de nacimiento. La primera copia del certificado de nacimiento es gratis. Si la dirección de correo es A cargo de (c/o), indique aquí: A cargo de (otra persona u organización/agencia) Dirección de correo (no se permite un apartado postal en una dirección de correo de NYC) Ciudad Estado Código Postal País	¿Vive en los límites de la ciudad especificados arriba? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fuera de NYC (especifique el condado): _____	
	<input type="checkbox"/> Igual que mi residencia habitual arriba			
	<input type="checkbox"/> Sin dirección de correo (si no hay dirección de correo, el certificado no se enviará por correo; necesitará recogerlo en el Departamento de Salud).			
	Si la dirección de correo es A cargo de (c/o), indique aquí: A cargo de (otra persona u organización/agencia)			
13. ¿Cuáles son sus números de teléfono?	Día (____) _____ - _____ Ext. _____		Noche (____) _____ - _____	

Atributos de la madre/figura correspondiente

14. Educación: ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó cuando nació su bebé? Marque (X) solo una casilla.	<input type="checkbox"/> 8° grado o menos; ninguno <input type="checkbox"/> 9° a 12° grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algo de crédito universitario, pero sin título	<input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS) <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD)	
15. ¿Trabajó durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
16. ¿Cuál es su ocupación/trabajo actual/más reciente?	Ocupación (por ejemplo, cajera, cajera de banco, enfermera, abogada, etc.)		
17. ¿En qué industria tuvo esta ocupación/trabajo? No dé el nombre de la empresa, pero escriba qué tipo de empresa es.	Industria (por ejemplo, restaurante, banco, atención médica, legal, etc.)		
18. ¿Cuál es su ascendencia ? Marque (X) una casilla y especifique lo que más considera que es.	<input type="checkbox"/> Hispana/latina (por ejemplo, mexicana, puertorriqueña, cubana, dominicana, etc.) Especifique: _____ <input type="checkbox"/> No hispana/latina (por ejemplo, italiana, afroamericana, haitiana, paquistaní, ucraniana, nigeriana, taiwanesa, etc.) Especifique: _____		
19. ¿Cuál es su raza ? La raza está definida por el censo de los EE. UU. Hispano/latino no es una raza según el censo de los EE. UU. Para la ascendencia hispana, use la Pregunta 18. Marque (X) todo lo que corresponda y especifique donde se indica.	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal) <input type="checkbox"/> India asiática	<input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático (especificar)	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacífico (especifique) <input type="checkbox"/> Otra (especifique)

Salud de la madre/figura correspondiente

20. ¿Participó en WIC durante este embarazo? (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
21. ¿Cuál es su estatura ?	Estatura _____ Pulgadas _____ libras _____ Pies _____ Pulgadas															
22. ¿Cuál era su peso antes del embarazo ?																
23. ¿Fumó cigarrillos en los tres meses anteriores o durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la cantidad promedio de cigarrillos por día o paquetes por día que fumó durante los siguientes periodos? Responda abajo. Escriba 0 si ninguno durante cualquiera de estos periodos.															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Periodo de tiempo</th> <th>Cantidad de cigarrillos por día</th> <th>0 Número De Paquetes Por Día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tres meses antes de su embarazo</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Primeros tres meses de su embarazo</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Segundos tres meses de su embarazo</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Terceros tres meses de su embarazo</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>	Periodo de tiempo	Cantidad de cigarrillos por día	0 Número De Paquetes Por Día	Tres meses antes de su embarazo	_____	_____	Primeros tres meses de su embarazo	_____	_____	Segundos tres meses de su embarazo	_____	_____	Terceros tres meses de su embarazo	_____	_____
Periodo de tiempo	Cantidad de cigarrillos por día	0 Número De Paquetes Por Día														
Tres meses antes de su embarazo	_____	_____														
Primeros tres meses de su embarazo	_____	_____														
Segundos tres meses de su embarazo	_____	_____														
Terceros tres meses de su embarazo	_____	_____														
24. ¿Consumió alcohol durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No															
25a. ¿Trabajó con una doula (asistente de partos capacitada) durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé															
25b. ¿Cuál era el nombre y la organización de la doula (si corresponde)?	Nombre (nombre, apellido): _____ Organización: _____ <input type="checkbox"/> No sé (Marque (X) todas las opciones que correspondan.)															
25c. ¿Estuvo presente la doula durante su trabajo de parto o parto?	<input type="checkbox"/> Sí , la doula dio apoyo en persona <input type="checkbox"/> Sí , la doula dio apoyo virtualmente (por ejemplo, por teléfono, Zoom, FaceTime) <input type="checkbox"/> No															

Las preguntas sobre mejoramiento de la calidad (QI) 26, 27, 28, 29 y 30 son voluntarias y se solicitan para el Departamento de Salud de NYS; todas las respuestas de QI son confidenciales y se usan únicamente con fines de salud pública.

26. (QI) ¿Recibió cuidado prenatal (atención médica para este embarazo) antes de la admisión para este parto?	<input type="checkbox"/> No - Pase a la pregunta 27 <input type="checkbox"/> Sí - Si la respuesta es sí, responda lo siguiente: Durante cualquiera de sus visitas de cuidado prenatal, ¿le habló un médico, enfermera u otro profesional de la salud sobre alguna de las cosas que se enumeran abajo? a) ¿Cómo podría afectar a su bebé fumar durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) ¿Cómo podría afectar a su bebé beber alcohol durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) ¿Cómo podría afectar a su bebé el uso de drogas ilegales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) ¿Cuánto tiempo esperar antes de tener otro bebé? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No e) ¿Métodos anticonceptivos para usar después de su embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No f) ¿Qué hacer si su trabajo de parto comienza antes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No g) ¿Cómo evitar contraer el VIH (el virus que causa el SIDA)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No h) ¿Abuso físico a las mujeres por parte de sus maridos o parejas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
27. (QI) ¿Cuántas veces a la semana durante su embarazo actual hizo ejercicio durante 30 minutos o más, además de sus actividades habituales?	_____ veces por semana
28. (QI) ¿Tuvo algún problema con las encías en algún momento durante el embarazo (por ejemplo, encías hinchadas o sangrantes)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
29. (QI) Durante su embarazo, ¿diría que estuvo: Marque (X) solo una casilla.	<input type="checkbox"/> Para nada deprimida? <input type="checkbox"/> Un poco deprimida? <input type="checkbox"/> Moderadamente deprimida? <input type="checkbox"/> Muy deprimida y no recibió ayuda? <input type="checkbox"/> Muy deprimida y recibió ayuda?
30. (QI) Pensando en el momento antes de estar embarazada, ¿cómo se sintió al quedar embarazada? Marque (X) solo una casilla.	<input type="checkbox"/> Quería estar embarazada antes. <input type="checkbox"/> Quería estar embarazada más tarde. <input type="checkbox"/> Quería estar embarazada entonces. <input type="checkbox"/> No quería estar embarazada en ese momento ni en ningún momento en el futuro.

Si quiere que el nombre del padre/figura correspondiente del niño aparezca en el certificado de nacimiento, debe dar información precisa y completa como se describe abajo y enviar un formulario completo al Registro de Nacimientos del hospital.

Y

- 1) Si está casado, pregunte al hospital qué es necesario para asegurarse de que el nombre del otro padre aparezca como el padre o figura correspondiente legal de su hijo en el certificado de nacimiento; o
- 2) Si está casado y más de una persona podría ser el otro padre del niño, debe ir al Tribunal de Familia para establecer la filiación; o
- 3) Si no está casado y el niño no es objeto de un acuerdo de subrogación, usted y el supuesto padre/figura correspondiente pueden firmar un formulario de reconocimiento de paternidad en presencia de dos testigos no relacionados; o
- 4) Si sus circunstancias no están cubiertas por lo de arriba, hable con el Registro de Nacimientos del hospital.

**Información del padre/figura correspondiente para el nacimiento vivo
Para que complete la madre/figura correspondiente o padre/figura correspondiente**

Padre/figura correspondiente

<p>31. ¿Cuál es el nombre del padre/figura correspondiente de su bebé antes del primer matrimonio del padre/figura correspondiente (nombre al nacer)? Escriba el nombre del padre/figura correspondiente al nacer exactamente como le gustaría que aparezca en el certificado. Para cambiar esta información en el futuro, se le pedirá que envíe una solicitud de corrección al Departamento de Salud.</p>	Nombre del padre/figura correspondiente	Segundo nombre del padre/figura correspondiente	Apellido del padre/figura correspondiente	Sufijo (Jr., III, etc.)
<p>32-34. ¿Cuál es la fecha de nacimiento, la edad actual y el sexo del padre/figura correspondiente? "La opción "X" significa un género que no es exclusivamente masculino o femenino (es decir, una identidad de género no binaria).</p>	Fecha de nacimiento del padre/figura correspondiente ____ / ____ / ____ <small> Mes día año</small>		Edad actual ____	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> X
<p>35. ¿Cuál es el número de Seguro Social del padre/figura correspondiente? La ley federal, 42 USC 405(c), exige dar los números de SSN de los padres (sección 205c de la Ley del Seguro Social). Los números estarán disponibles para la Oficina de Asistencia Temporal y para Discapacitados del Estado de Nueva York para ayudar con las actividades de cumplimiento de la manutención infantil y para el Servicio de Impuestos Internos mediante la Administración del Seguro Social para determinar el cumplimiento del Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo.</p>	SSN del padre/figura correspondiente ____ - ____ - ____ <small>La firma de la madre/figura correspondiente en la página anterior confirma que el SSN de arriba es correcto</small>		<input type="checkbox"/> El padre/figura correspondiente no tiene SSN	

Lugar de nacimiento del padre/figura correspondiente

<p>36. ¿Dónde nació el padre/figura correspondiente?</p>	Ciudad	Estado (si no es en los EE. UU., indique el país)	País
<p>37. Si el padre/figura correspondiente nació fuera de los EE. UU., ¿cuánto tiempo vivió en los EE. UU.?</p>	Años que vivió en los EE. UU. ____	0 <small>Si es menos de un año:</small>	Meses que vivió en los EE. UU. ____

Atributos del padre/figura correspondiente

<p>38. Educación: ¿Cuál es el nivel escolar más alto que completó el padre/figura correspondiente en el momento del parto de su bebé? Marque (X) solo una casilla.</p>	<input type="checkbox"/> 8° grado o menos; ninguno <input type="checkbox"/> 9° a 12° grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algo de crédito universitario, pero sin título <input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS) <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD)
<p>39. ¿Cuál es la ocupación/trabajo actual o más reciente del padre/figura correspondiente?</p>	Ocupación (por ejemplo, cajero, cajero de banco, enfermero, abogado, etc.)
<p>40. ¿En qué industria tuvo esta ocupación/trabajo? No dé el nombre de la empresa, pero escriba qué tipo de empresa es.</p>	Industria (por ejemplo, restaurante, banco, atención médica, legal, etc.)
<p>41. ¿Cuál es la ascendencia del padre/figura correspondiente? Marque (X) solo una casilla y especifique lo que el padre/figura correspondiente se considera a sí mismo.</p>	<input type="checkbox"/> Hispano/latino (por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, cubano, dominicano, etc.) Especifique: _____ <input type="checkbox"/> No hispano/latino (por ejemplo, italiano, afroamericano, haitiano, paquistaní, ucraniano, nigeriano, taiwanés, etc.) Especifique: _____
<p>42. ¿Cuál es la raza del padre/figura correspondiente? La raza está definida por el censo de los EE. UU. Hispano/latino no es una raza según el censo de los EE. UU. Para ascendencia hispana/latina, use la pregunta 41. Marque (X) todo lo que corresponda y especifique donde se indica.</p>	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal) <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro asiático (especificar) <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro Isleño del Pacífico (especifique) <input type="checkbox"/> Otra (especifique)