|  |
| --- |
| **Nombre de la Madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_****Número de archivos médicos de la madre\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

**CERTIFICADO DE REGISTRO DE UN NACIMIENTO PRESENTADO VIVO**

**La información que proporcione a continuación será utilizada para crear el acta de nacimiento de su hijo(a). El acta de nacimiento es un documento que se utilizará con fines legales para demostrar la edad, la ciudadanía y el parentesco de su hijo. Este documento será utilizado por su hijo durante toda su vida. Las leyes estatales brindan protección contra la divulgación no autorizada de información de identificación de las actas de nacimiento para garantizar la confidencialidad de los padres y de su hijo.**

**Es muy importante que proporcione información completa y precisa a todas las preguntas. Además de la información utilizada para bebés legales y recién nacidos. Los elementos como la educación de los padres, la raza y el tabaquismo se utilizarán para estudios, pero no aparecerán en las copias del certificado de nacimiento que se le haya emitido a usted o su hijo.**

**1**. **Nombre de la instalación \*:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Si no es una institución, o si es un parto en casa, indique el número y nombre de la calle.)

**2**. **Ciudad, pueblo o lugar de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3**. **Condado de nacimiento:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Niño**

**4. ¿Cuál será el nombre legal de su BEBÉ (como debería aparecer en el acta de nacimiento)?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre Segundo nombre Otro nombre

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** \_\_\_\_\_

Apellido(s) Sufijo (P. Ej. Jr., III, etc.)

**5**. **Fecha de nacimiento:**

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Mes Día Año

**6. Hora de nacimiento:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** 🞏 AM 🞏 PM 🞏Hora militar

**7. Sexo**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Masculino, femenino, aún no determinado)

**8. ¿Desearía que tramitemos el número de seguro social para su bebé?**

🞏 Sí (Por favor lea la solicitud y firme a continuación)

🞏 No

Solicito que la Administración del Seguro Social asigne un número de Seguro Social al niño nombrado en este formulario y autorizo ​​al Estado a proporcionar a la Administración del Seguro Social la información de este formulario que se necesita para asignar un número. (Cualquiera de los padres o el tutor legal puede firmar

Firma de la madre o el padre del bebé \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

 Mes Día Año

**9. ¿Fue el bebé encontrado abandonado en un lugar público o un refugio seguro?**

🞏 Sí 🞏 No

**10.** **¿Se espera adopción o procedimiento legal?**

🞏 Sí 🞏 No

**Madre o padre**

**11. MADRE o PADRE: ¿Cuál es su nombre legal actual?**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre Segundo nombre Apellido(s)

\_\_\_\_\_

Sufijo (P. Ej. Jr., III, etc.)

* **12. Nombre de la madre o del padre antes de casarse (apellido de soltera)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre Segundo nombre Apellido(s)

\_\_\_\_\_

Sufijo (P. Ej. Jr., III, etc.)

**13. MADRE o PADRE: ¿Cuál es su fecha de nacimiento?**

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ **Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Mes Día Año**

**14. MADRE o PADRE: ¿Cuál es su número de seguro social?**

**\_\_ \_\_ \_\_--\_\_ \_\_--\_\_ \_\_ \_\_ \_\_** [ ]  **Ninguno** [ ]  **Se desconoce**

**15. MADRE O PADRE: ¿En qué estado, territorio de los Estados Unidos O país extranjero nació? Especifique uno de los siguientes:**

Ciudad o pueblo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado del lugar de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País de nacimiento\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Dirección de la madre o del padre**

**16. MADRE O PADRE: ¿Dónde vive habitualmente, domicilio?**

Nombre de la calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la calle, ruta rural, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Designador de calles, p. Ej. calle, avenida, etc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de apartamento, número de suite, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad o pueblo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (o territorio de EE. UU., Provincia de Canadá)

**País, si es fuera de los Estados Unidos \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**17. ¿Está este hogar dentro de los límites de la ciudad? (Dentro de los límites incorporados de la ciudad, pueblo o lugar donde vive)**

🞏 Sí 🞏 No 🞏 Se desconoce

**18. MADRE o PADRE: ¿Cuál es su dirección postal?**

🞏 Si es igual que la dirección de residencia [Pase a la siguiente pregunta]

Número de la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la calle, ruta rural, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Designador de calles, p. Ej. calle, avenida, etc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de apartamento, Número de suite, etc. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad o pueblo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**País, si es fuera de los Estados Unidos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**19. Número(s) de teléfono de la madre o padre**

Número donde le podemos contactar durante el día (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_

Número donde le podemos contactar durante la tarde (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_

**Cualidades de la madre o padre**

**20. MADRE O PADRE: ¿Cuál es su ocupación habitual o la industria habitual en la que trabaja?** Por favor complete a continuación. Por ejemplo, su ocupación es maestro, contador público, camarera, empleado, etc., y la industria en la que trabaja es tienda departamental, bufete de abogados, hospital, fábrica, etc. No use jubilado.

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo de negocio o industria: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**21. MADRE O PADRE: ¿Cuál es el nivel más alto de educación que habrá completado al momento del parto?** (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si está matriculado actualmente, marque la casilla que indica el grado anterior o el título más alto que ha recibido).

🞏 8vo grado (secundaria o menos)

🞏 Del 9. ° grado al 12. ° grado sin diploma

🞏 Graduado de la preparatoria o completo el GED

🞏 Algunos créditos universitarios, pero sin título

🞏 Título técnico

🞏 Licenciatura

🞏 Maestría o doctorado

🞏 Se desconoce

**22. MADRE O PADRE: ¿Es usted español / hispano / latino?** Si la respuesta es no, marque la casilla "No". Si la respuesta es sí, marque la casilla más apropiada.

🞏 No soy español, hispano o latino

🞏 Sí, soy mexicano, mexicoamericano, chicano

🞏 Sí, puertorriqueño

🞏 Sí, cubano

🞏 Sí, otro español / hispano / latino (por ejemplo, español, salvadoreño, dominicano, colombiano)

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

 🞏 Se desconoce

**23. MADRE O PADRE: ¿Cuál es su raza?** (Por favor marque todas las opciones que correspondan).

🞏 Blanco

🞏 Negro o afroamericano

🞏 Indio americano o nativo de Alaska

(nombre de su tribu principal en las que está inscrito) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Indio asiático

🞏 Chino

🞏 Filipino

🞏 Japones

🞏 Coreano

🞏 Vietnamita

🞏 Otra raza asiática

(especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Hawaiano nativo

🞏 Guameño o Chamorro

🞏 Samoano

🞏 Otro isleño pacífico

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

🞏 Otra raza

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

🞏 Se desconoce

**Salud de la madre o del padre**

**24. MADRE O PADRE: ¿Recibió alimentos de WIC (mujeres, bebés y niños) para usted porque estaba embarazada de este niño?**

🞏 Sí

🞏 No

🞏 Se desconoce

**25. MADRE O PADRE: ¿Cuál es su estatura?**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas

**26. ¿Cuál era su peso antes del embarazo?** (Peso inmediatamente antes de quedar embarazada de este niño)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_libras.

**27. Peso de la madre en el momento del parto**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_libras.

**Uso de tabaco o nicotina por día antes, o durante el embarazo:**

**28. Consumo de tabaco durante este embarazo**

[ ]  Sí [ ]  No [ ]  Se desconoce

**29. Si respondió “SÍ” al uso de tabaco, ¿cuántos cigarrillos O paquetes de cigarrillos fumó en un día promedio durante cada uno de los siguientes períodos de tiempo? Si NUNCA fumó, ingrese cero para cada período de tiempo.**

**Número de Número**

**cigarrillos de paquetes**

Tres meses antes del embarazo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Primer trimestre del embarazo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Segundo trimestre del embarazo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tercer trimestre del embarazo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**30. Si respondió "Sí" al uso de tabaco: En los días que fumó cigarrillos durante cualquier momento de su embarazo, ¿qué tan pronto después de despertarse usualmente fumaba su primer cigarrillo?**

[ ]  5 minutos después de despertar

[ ]  de 6 a 30 minutos después de despertar

[ ]  Más de 30 minutos a una hora

 [ ]  Más de una hora después de despertar

[ ]  No sé, no estoy segura

**31. Si respondió “Sí” al uso de tabaco: En algún momento durante su embarazo, ¿dejó de fumar cigarrillos durante un día o más porque estaba tratando de dejar de fumar?**

🞏 **Sí**

🞏No

🞏 **No sé, no estoy segura**

**32. Marque si utilizo alguno de los siguientes durante el embarazo:**

**Cigarrillos electrónicos o vaporizadores (BLU, NJOY, JUUL, SUORIN DROP, PUFF BAR)**

🞏 Sí-menos de 5 veces

 🞏 Sí-más de 5 veces

🞏 No, no usé esta sustancia en absoluto

**33. Hookah, Shisha, o una pipa de agua**

🞏 Sí-menos de 5 veces

 🞏 Sí-más de 5 veces

🞏 No, no usé esta sustancia en absoluto

**34. Cigarillos (BLACK & MILD, SWISHER SWEETS, PHILLIES BLUNTS, CHEYENNE, SENECA)**

🞏 Sí-menos de 5 veces

 🞏 Sí-más de 5 veces

🞏 No, no usé esta sustancia en absoluto

**35. Mascar tabaco (GRIZZLY, SKOAL), Snus (CAMEL SNUS) o Bolsas de nicotina (ZYN, VELO)**

🞏 Sí-menos de 5 veces

 🞏 Sí-más de 5 veces

🞏 No, no usé esta sustancia en absoluto

**36. Durante su embarazo, ¿dejó de consumir otros productos de tabaco, además de los cigarrillos, durante un día o más porque estaba tratando de dejar el tabaco?**

🞏Sí

🞏No

🞏No se o no estoy segura

**Estado civil**

**37. Estado civil actual**

🞏 Nunca he estado casada

 🞏 Viuda

 🞏 Divorciada

 🞏 Casada

 🞏 Casada, pero rechazando la información del esposo

 🞏 Información desconocida

**38. ¿Se casó la madre al momento de la concepción, al nacer o dentro de los 300 días antes del nacimiento?**

🞏 Sí, con el padre biológico

🞏 Sí, con un cónyuge del mismo sexo

🞏 No con el padre biológico

**39. ¿Será necesario completar el reconocimiento de paternidad?**

🞏 Sí 🞏 No

**Madre o padre**

**40. Nombre del padre o de los padres**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre Segundo nombre Apellido(s)

\_\_\_\_\_

Sufijo (P. Ej. Jr., III, etc.)

**41. Fecha de nacimiento del padre o de los padres**

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Edad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mes Día Año

**42. Número de seguro social del padre o de los padres**

**\_\_ \_\_ \_\_--\_\_ \_\_--\_\_ \_\_ \_\_ \_\_**

**43. Domicilio**

🞏 La misma dirección de la madre

Número de calle\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre de la calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de apartamento, número de suite, etc.: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad o pueblo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado\_\_\_\_\_\_\_ País\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**44. Lugar de nacimiento del padre o de los padres**

Ciudad o pueblo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Condado\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado donde nació\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País donde nació\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**45. ¿Cuál es la ocupación habitual, el tipo de negocio, industria donde trabaja el padre?** Por favor complete a continuación. Por ejemplo, su ocupación es fotógrafo, granjero, enfermera, etc., y la industria en la que trabajan es fábrica, pista de patinaje, ejército, etc.

Ocupación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Industria: **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**46. ¿Cuál es el nivel de estudios más alto que el padre habrá completado al momento del parto?** (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si están inscritos actualmente, marque la casilla que indica el grado anterior o el título más alto recibido).

🞏 8vo grado (secundaria o menos)

🞏 Del 9. ° grado al 12. ° grado sin diploma

🞏 Graduado de la preparatoria o GED completado

🞏 Créditos universitarios, pero sin título

🞏 Título técnico

🞏 Licenciatura

🞏 Maestría Doctorado

🞏 Se desconoce

**47. Es el padre de origen hispano?** Si no es español, hispano o latino, marque la casilla "No". Si es

español, hispano o latino, marque la casilla más apropiada.

 No, no soy español, hispano o latino

 Sí, soy mexicano, mexicoamericano o chicano

 Sí, soy puertorriqueño

 Sí, soy cubano

 Sí, otro español, hispano o latino (por ejemplo, español, salvadoreño, dominicano, colombiano)

(Por favor especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Se desconoce

**48. Padre ¿Cuál de las siguientes es su raza?** Por favor marque todas las opciones que apliquen.

🞏 Blanco

🞏 Negro o afroamericano

🞏 Indio americano o nativo de Alaska

(nombre de su tribu principal en las que está inscrito) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Indio asiático

🞏 Chino

🞏 Filipino

🞏 Japones

🞏 Coreano

🞏 Vietnamita

🞏 Otra raza asiática

(especifique\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Hawaiano nativo

🞏 Guameño o Chamorro

🞏 Samoano

🞏 Otro isleño pacífico

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

🞏 Otra raza

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

🞏 Se desconoce

**Informante**

**49. Relación del informante con el bebé**

🞏 Madre

🞏 Padre

🞏 Otra especificar \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**50. Nombre del informante:**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre Segundo nombre Apellido(s)

\_\_\_\_\_

Sufijo (P. Ej. Jr., III, etc.)

**Lugar de nacimiento:**

**51. Tipo de lugar donde nació:**

 Hospital

 Centro de maternidad independiente (el centro de maternidad independiente es aquel que no tiene conexión física directa con un hospital)

 Parto en casa planificado

 Parto en casa no planificado

 Clínica o consultorio médico

 Otro (especifique, por ejemplo, taxi, tren, avión) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Se desconoce

**52. Nombre de la instalación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Identificador de proveedor nacional \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**53. Dirección de la instalación**

Número de calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de apartamento, número de suite, etc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, pueblo o ubicación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Prenatal**

**54. Número de archivo médico de la madre**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**55. Fuente principal de pago de este parto** (En el momento del parto):

🞏 Seguro médico privado

🞏 Servicio de Salud Indígena

🞏 Medicaid (Programa estatal)

🞏 CHAMPUS/TRICARE

🞏 Pago propio (sin identificación de terceros)

 Se desconoce

 Otro

(Especifique) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Otro gobierno

(federal, estatal, local) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**56. Fecha de la última menstruación**

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Mes Día Año

**57. ¿La madre recibió atención prenatal?**

🞏Sí

🞏 No (pase a la pregunta 62)

🞏Se desconoce

**58. Fecha de la primera visita de atención prenatal (**La atención prenatal comienza cuando un médico u otro profesional de la salud examina o aconseja por primera vez a la mujer embarazada como parte de un programa continuo de atención para el embarazo.)

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Mes Día Año

**59. Fecha de la última visita de atención prenatal** (Ingrese la fecha de la última visita registrada en los registros prenatales de la madre

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Mes Día Año

**60. Número total de visitas de atención prenatal de este embarazo** (Cuente las visitas registradas en los archivos, si están disponibles; de lo contrario, consulte a la madre.): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (número de visitas)

**61. ¿Dónde recibió la atención prenatal?**

 Clínica del Hospital

 Clínica de salud pública

 Médico privado

 Partera

 Se desconoce

 Otro, especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**62. Número de niños nacidos vivos anteriormente** ((No incluya a este niño. Para partos múltiples, si completa este formulario, no incluya al primer bebé nacido):

Ingrese un número o ponga el número 0 para ninguno. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**63. Número de bebés nacidos vivos que ahora están muertos** (No incluya a este niño. Para partos múltiples, si completa este formulario, no incluya al primer bebé nacido):

Ingrese un número o ponga en número 0 para ninguno. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**64. Fecha del último nacimiento, actualmente vivo**

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Mes Día Año

**65. Número total de otros resultados de embarazos** Incluya pérdidas fetales de cualquier edad gestacional: abortos espontáneos, abortos inducidos o embarazos ectópicos. Si se trata de un parto múltiple, incluya todas las pérdidas fetales antes de este embarazo).

Ingrese un número o ponga en número 0 para ninguno. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**66. Fecha del último embarazo con otro resultado** (Fecha en que terminó el último embarazo que no resultó en un nacimiento vivo)

\_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_

Mes Día Año

**Factores del embarazo**

**67. Factores de riesgo en este embarazo** (Marque todas las opciones que correspondan):

 Ninguno

 Diabetes- Antes del embarazo (intolerancia a la glucosa que requiere tratamiento, con diagnóstico previo a este embarazo)

 Diabetes- Gestacional (Intolerancia a la glucosa que requiere tratamiento, con diagnóstico durante este embarazo)

 Hipertensión: antes del embarazo (crónica) (elevación de la presión arterial por encima de lo normal para la edad, el sexo y condición fisiológica. Diagnosticada antes del inicio de este embarazo).

 Hipertensión: gestacional (PIH, preeclampsia) (elevación de la presión arterial por encima de lo normal basado en su edad, sexo, y condición fisiológica. Diagnosticada durante este embarazo. Puede incluir proteinuria (proteína en la orina) sin convulsiones ni coma y edema patológico (hinchazón generalizada, que incluye hinchazón de manos, piernas y cara)

 Eclampsia (hipertensión inducida por el embarazo con proteinuria con convulsiones generalizadas o coma. Puede incluir

edema patológico)

 Nacimientos prematuros anteriores (antecedentes de embarazo (s) que terminaron en un nacimiento vivo con menos de 37 semanas de gestación)

 Otro resultado precario del embarazo anterior (incluye muerte perinatal, pequeño (a) para la edad gestacional,

crecimiento restringido intrauterino) (antecedentes de embarazos que continúan hasta la semana 20 de gestación y que dan lugar a cualquiera de los resultados enumerados. La muerte perinatal incluye las muertes fetales y neonatales).

 El embarazo es resultado de un tratamiento de infertilidad: medicamentos para mejorar la fertilidad, inseminación artificial, tratamiento intrauterino inseminación (cualquier medicamento que mejore la fertilidad (por ejemplo, Clomid, Pergonal) inseminación artificial o inseminación intrauterina utilizada para iniciar el embarazo)

 El embarazo resultó de un tratamiento de infertilidad - Tecnología de reproducción asistida – Cualquier procedimiento técnico de tecnología de reproducción (ART por sus siglas en inglés) (por ejemplo, fecundación in vitro (FIV por sus siglas en inglés), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigoto (ZIFT por sus siglas en inglés) utilizados para iniciar el embarazo.

 La madre tuvo un parto por cesárea anteriormente (parto quirúrgico previo mediante extracción del feto, placenta y

membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina materna)

Si es así, cuántos\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Antirretrovirales administrados durante el embarazo o el parto para el tratamiento del VIH o SIDA

 Estreptococo del grupo B

 Se desconoce

**68. ¿Se realizó una prueba de diagnóstico estándar con licencia para el VIH para la madre?**

🞏 Sí En caso afirmativo, indique la fecha en que se tomó la muestra más reciente: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Mes Día Año

 En caso afirmativo, ¿cuándo se realizó la prueba más reciente?

🞏 Durante el embarazo 🞏 En el momento del parto

 🞏 No Si la respuesta es no, el motivo (marque una de las opciones a continuación)

 Rechazo de la madre

 Estado conocido de VIH

 El seguro no pagaría

 Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Se desconoce (se desconoce si se realizó la prueba o no).

**69. ¿Se realizó una prueba serológica a la madre para la sífilis?**

🞏 Sí En caso afirmativo, indique la fecha en que se tomó la muestra más reciente: \_\_ \_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Mes Día Año

En caso afirmativo, ¿cuándo se realizó la prueba más reciente?

 Durante el embarazo  En el momento del parto

  No Si la respuesta es no, el motivo (marque una de las opciones a continuación)

  Rechazo de la madre

 Estado de sífilis conocido

 El seguro no pagaría

 Otro (especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Se desconoce (se desconoce la razón por la que no hubo prueba)

**70. ¿La madre se hizo la prueba del estreptococo del grupo B?**

🞏 Sí

🞏 No

🞏 Se desconoce

**71. Infecciones presentes o tratadas durante este embarazo.** - (Presente al inicio del embarazo o diagnóstico confirmado durante el embarazo con o sin documentación del tratamiento) (Marque todas las opciones que correspondan):

 Ninguno

 Virus del herpes simple (VHS)

 Gonorrea (un diagnóstico o una prueba positiva para detectar Neisseria gonorrhoeae)

 Sífilis (también llamada lues, un diagnóstico o una prueba positiva para detectar Treponema pallidum)

 Clamidia (un diagnóstico o una prueba positiva para detectar Chlamydia trachomatis)

 Hepatitis B (VHB, hepatitis sérica: un diagnóstico o una prueba positiva para detectar el virus de la hepatitis B)

 Hepatitis C (hepatitis no A, no B, VHC: un diagnóstico o una prueba positiva para detectar el virus de la hepatitis C)

 Se desconoce

**72. Procedimientos obstétricos** - (Tratamiento médico o procedimiento invasivo, manipulador realizado durante este embarazo específicamente en el tratamiento del embarazo, manejo del trabajo de parto o durante el parto) (Marque todas las opciones que corresponda):

 Ninguno

 Amniocentesis

 Cerclaje cervical (banda o estructura circunferencial del cuello uterino para prevenir o tratar la dilatación pasiva. Incluye sutura de MacDonald, procedimiento de Shirodkar, cerclaje abdominal mediante laparotomía)

 Monitorización fetal electrónica

 Inducción del parto

 Tocólisis (administración de cualquier agente con la intención de inhibir las contracciones uterinas prematuras para extender la duración del embarazo)

 Versión cefálica externa (intento de reposicionar al feto que no esté en la presentación estándar de vértice, con procedimientos manuales)

 Exitoso  Fallido

 Estimulación del parto

 Ultrasonido

 Se desconoce

 Otro (especifique)

# **El parto**

**73. Inicio del trabajo de parto** (marque todas las opciones que correspondan):

 Ninguno

 Ruptura prematura de las membranas (con una prolongación de 12 horas o mayor) (desgarro espontáneo del saco amniótico,

(ruptura natural de la fuente) 12 horas o más antes de que comience el parto))

 Trabajo de parto precipitado (de 3 horas o menos) (Trabajo de parto que progresa rápidamente y dura menos de 3 horas)

 Trabajo de parto prolongado (de 20 horas o mayor) (Trabajo de parto que progresa lentamente y dura 20 horas o más)

 Se desconoce

**74. Características del trabajo de parto y parto** (marque todas las opciones que correspondan):

 Ninguno

 Inducción del trabajo de parto (inicio de las contracciones uterinas por medios médicos y, o quirúrgicos con el propósito de inducir el parto antes del inicio natural del trabajo de parto).

 Aumento del trabajo de parto (estimulación de las contracciones uterinas mediante medicamentos o técnica de manipulación con la intención de reducir el tiempo de labor de parto).

 Presentación sin vértice (incluye cualquier presentación fetal sin vértice, por ejemplo, las posiciones de nalgas, hombros, frente, cara y

 y transversales se encuentran en la fase activa del trabajo de parto o en el parto, aparte del vértice).

 Esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar fetal recibidos por la madre antes del parto (incluye

betametasona, dexametasona o hidrocortisona que se administran específicamente para acelerar la maduración pulmonar del feto en previsión del parto prematuro. Excluye los esteroides administrados a la madre como tratamiento antiinflamatorio).

 Antibióticos que recibe la madre durante el trabajo de parto (incluye medicamentos antibacterianos administrados de forma intravenosa o intramuscular) en intervalos entre la primera fase de parto y la segunda fase).

 Corioamnionitis diagnosticada durante el trabajo de parto o temperatura materna de 38o grados Celsius o mayor (100.4º grados Fahrenheit) (Diagnóstico de corioamnionitis durante el trabajo de parto realizado por el asistente del parto. Por lo general, incluye más de uno de los siguientes; fiebre, irritabilidad y sensibilidad uterina, leucocitosis y taquicardia fetal. Cualquier temperatura materna igual o superior a 38º grados Celsius (100.4 grados Fahrenheit).

 Tinción de meconio moderada o intensa del líquido amniótico (manchas del líquido amniótico causada por heces fetales durante el trabajo de parto y, o en el parto, que es más que suficiente para causar un cambio de color verdoso de un líquido que de otro modo sería transparente).

 La intolerancia fetal al trabajo de parto fue tal que se tomó una o más de las siguientes acciones: reanimación en el útero, medidas, evaluación fetal adicional o parto quirúrgico (medidas de reanimación en el útero como cualquiera de las siguientes: cambio de posición materna, administración de oxígeno a la madre, fluidos intravenosos administrados a la madre, amnioinfusión, soporte de la presión arterial materna y administración de relajante uterino. La evaluación fetal adicional incluye cualquiera de los siguientes: pH del cuero cabelludo, estimulación del cuero cabelludo, estimulación acústica, parto quirúrgico: intervención de parto quirúrgico para acortar el tiempo hasta el parto del feto, como fórceps, ventosa o cesárea).

 Anestesia epidural o espinal durante el trabajo de parto (Administración a la madre de un anestésico regional para control del dolor del trabajo de parto, es decir, administración del agente en un espacio limitado con la distribución del efecto analgésico limitado a la parte inferior del cuerpo).

 Desprendimiento prematuro de placenta

# **El parto**

**75. Método para el parto** (el proceso físico por el cual el parto completo del infante fue afectado) (compete A, B, C y D)

1. ¿El parto se intentó con fórceps, pero sin éxito? (Se aplicaron fórceps obstetras a la cabeza del feto en un intento sin éxito en el parto vaginal)

🞏 Sí

🞏 No

🞏Se desconoce

1. ) ¿Se intentó el parto a través de una extracción al vacío, pero no fue exitoso? (se le aplicó una ventosa o con la copa de una aspiradora a la cabeza del feto en un intento sin éxito de parto vaginal)

🞏 Sí

🞏 No

🞏 Se desconoce

1. La presentación fetal al momento del nacer (seleccione una):

🞏 Cefálica (se presentó parte del feto catalogado como vértice, occipital anterior, occipital posterior)

🞏 De nalgas (se presentó parte del feto catalogado como de nalgas, completamente de nalgas, de nalgas natural, podálica)

🞏 Otra (especifique) (algún otro tipo de presentación que no se haya mencionado anteriormente) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞏 Se desconoce

1. Ruta final y método de parto (seleccione una) :

🞏 Vaginal espontaneo (parto del feto completo a través de la vagina por medio de la fuerza natural de parto con o sin asistencia manual por parte del asistente de parto)

🞏 Fórceps vaginales (parto de la cabeza del feto a través de la vagina ayudado por los fórceps obstetras)

🞏 Extracción al vacío vaginal (parto de la cabeza del feto a través de la vagina ayudado por una ventosa o con la copa de una aspiradora a la cabeza del feto)

🞏 Cesárea (extracción del feto, la placenta, y las membras a través de una incisión en la zona abdominal de la madre y las paredes del útero)

Si se hizo cesárea, ¿fue un intento de parto vaginal?

 🞏 Sí 🞏 No

 🞏 Se desconoce

**76. Morbilidad materna** (complicaciones serias experimentadas por la madre asociadas con la labor de parto y el nacimiento del infante) (marque todas las que apliquen):

🞏 Ninguna

🞏 Transfusión maternal (incluyendo infusión entera de sangre o paquetes de células rojas asociadas con la labor de parto y el nacimiento del infante)

🞏 Laceración perineal en tercer o cuarto grado (3ra consiste en laceraciones completamente extensas a través del tejido epitelial perinatal, mucosa vaginal, cuerpo perinatal y esfínter anal. 4ta consiste en todas las laceraciones mencionadas anteriormente con extensión a través de la mucosa rectal)

🞏 Ruptura del útero (desgarro de las paredes del útero)

🞏 Histerectomía no planeada (se remueve el útero por medio de una cirugía que no fue planeada antes de la admisión. Esto incluye las histerectomías anticipadas, pero no las planeadas)

🞏 Admisión a la unidad de cuidados intensivos (cualquier admisión de la madre al hospital o unidad designada que provee cuidado intensivo)

🞏 Admisión al cuarto de operaciones que no fue planeada (cualquier circunstancia que haya puesto a la madre de vuelta al área de cirugías para algún procedimiento que no fue planeado antes de la admisión del parto. Esto excluye la ligadura de trompas durante el posparto).

🞏 Se desconoce en este momento

**77. ¿La madre fue transferida a este hospital por asuntos médico-maternales o indicaciones fetales antes del parto?** (Las transferencias incluyen de hospital a hospital, de la instalación de parto al hospital etc.)

🞏 Sí

🞏 No

🞏 Se desconoce

Si “sí”, nombre del hospital al que fue transferido:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**78. ¿El infante fue transferido dentro de las 24 horas después de haber nacido?** (marque “sí”, si el infante fue transferido desde este hospital a otro dentro de las 24 horas de haber nacido. Si fue transferido más de una vez, por favor diga el nombre del primer hospital del cual fue transferido)

🞏 Sí

🞏 No

🞏 Se desconoce

Si “sí”, nombre del hospital al que fue transferido\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Recién nacido**

**79. Número del registro médico del infante:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**80. Número requerido de la evaluación del recién nacido:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**81. Peso del infante al nacer**

Libras/Onzas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O Gramos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**82. Puntuación de Apgar:** (sistema de medida para evaluar las condiciones físicas del infante en intervalos específicos en el momento del parto)

Puntuación a los 5 minutos \_\_\_\_\_\_\_ 0 a 10 🞏 No se tomó 🞏 Se desconoce

Puntuación a los 10 minutos \_\_\_\_\_\_\_ 0 a 10 🞏 No se tomó 🞏 Se desconoce

**83. Gestación obstetra estimada al momento del** parto (semanas que se completaron): (tiempo de gestación final estimada por el asistente de parto basado en todas las evaluaciones y factores perinatales, pero no en el examen neonatal. No haga los cálculos basados en la fecha del último periodo y la fecha de nacimiento).

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semanas)

**84. Pluralidad** (especifique: Se desconoce, único, mellizos, trillizos, cuadrillazos, quíntuples, séxtuples, séptuples, u óctuples si fueron 8 o más. Incluya todos los que sobrevivieron al parto y los que resultaron en pérdida fetal en este embarazo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**85. Si no fue un parto** único (orden del parto en el embarazo, especifique 1º, 2º, 3º, 4º, 5º, 6º, 7º etc. e incluya todos los que sobrevivieron al parto y los que resultaron en pérdida fetal en este embarazo)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­\_\_\_

**86. Si no fue un parto único, especifique el número de infantes que dio a luz y que sobrevivieron al parto:**

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**87. Tipo de profilaxis que se usó en sus ojos:**

[ ]  AgNO3

[ ]  Eritromicina

[ ]  Iloticina

[ ]  Penicilina

 [ ]  Azitromicina

[ ]  Romicina

[ ]  Ninguna

[ ]  No se ha reportado

 [ ]  Otro, por favor especifique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 [ ]  Sí, pero no se ha especificado

**88. Is infant living at time of report?** (Infant is living at the time this birth certificate is being completed. Answer “Yes” if the infant has already been discharged to home care.)

🞏 Yes

🞏 No

🞏 Se desconoce

**89. ¿El infante se encuentra vivo al momento en que se realiza este reporte?** (el infante vive en el momento en que se completa este certificado de nacimiento. La respuesta es sí, si el infante ha sido dado de alta y puede ser llevado a su hogar).

**** Sí

 No

 Se desconoce

**Factores del recién nacido**

**90**. **Condición anormal del recién nacido** (trastorno o alguna morbilidad significativa experimentada por el recién nacido) (marque todas las que aplican)

🞏 Ninguna

🞏 Requirió asistencia inmediata con ventilación después del parto (le fue dado al infante respiración de forma manual por algún tiempo con bolsas y máscaras y con un tubo endotraqueal en los primeros minutos de haber nacido. Solamente excluyendo oxígeno y haciendo una laringoscopia para la aspiración de meconio)

🞏 Requirió asistencia con ventilación por más de 6 horas (se le dio al infante ventilación mecánica y se le brindó ayuda para respirar) usando cualquier tipo de método, incluyendo métodos convencionales, de alta frecuencia, y/o de presión positiva continua (CPAP por sus siglas en inglés)

🞏 Fue admitido(a) en una Unidad Neonatal de Cuidados Intensivos (NICU por sus siglas en inglés) (fue admitido(a) a una instalación o unidad de cuidados con personal especializado y equipado para proveer ventilación mecánica continua que brinda ayuda al recién nacido)

🞏 Se le dio al recién nacido un tratamiento sustitutivo con surfactantes (una instilación endotraqueal de una suspensión activa superficial activa para el tratamiento de la insuficiencia de surfactante debido al nacimiento prematuro o a la lesión pulmonar que resultó en una dificultad respiratoria, incluyendo la extracción natural y artificial del surfactante)

🞏 Antibióticos recibidos por el recién nacido por sospecha de septicemia neonatal (cualquier droga antibacterial como penicilina, ampicilina, gentamicina, cefotaxima, etc.) dados de manera sistemática (intravenosa o intramuscular)

🞏 Convulsiones o disfunciones neurológicas severas (cualquier convulsión involuntaria repetitiva, movimiento o comportamiento convulsivo. Una disfunción neurológica severa es una alteración severa o que provoque un estado de alerta como obnubilación, estupor o coma; por ejemplo, una encefalopatía hipóxico-isquémica). Se excluye el letargo o hipotonía a falta de otro diagnóstico neurológico. Se excluye también sistemas asociados con anomalías congénitas CNS)

🞏 Lesión significativa de nacimiento (alguna fractura en el esqueleto, lesiones en nervio periférico y/o hemorragia en un órgano solido de tejido blando el cual requiere intervención) (Definido para presentar inmediatamente después del parto o que se manifestó después del parto. Esto incluye ambos; fractura o debilidad, o pérdida de sensibilidad, pero excluye fracturas en la clavícula y parálisis facial transitoria. Las hemorragias en el tejido blando requieren evaluaciones y/o tratamientos que incluyen subgaleal (extravasación progresiva dentro del cuero cabelludo) hemorragias, cefalohematoma gigante, tronculares extensas, equimosis facial y/o de extremidades acompañadas por evidencias de anemia y/o hipovolemia y/o hipertensión. Hemorragia en órganos sólidos que incluyen hematomas subcapsulares en el hígado, fracturas en el bazo o hematoma suprarrenal)

**91. Anomalías congénitas del recién nacido** (malformaciones del recién nacido diagnosticadas prenatalmente o después del parto) (seleccione todas las que apliquen):

🞏 Ninguna de las anomalías mencionadas en la lista

🞏 Anencefalia (parcial o completa ausencia del cerebro o del cráneo. También llamado anencephalus o ausencia de cerebro. También incluyen infantes con craneorraquisquisis (anencefalia con defectos continuos en la espina dorsal)

🞏 El meningocele/espina bífida (la espina bífida es una hernia discal en las meninges y/o en el tejido de la espina dorsal a través de un defecto óseo en el cierre de la espina). El meningocele es una hernia de las meninges y el tejido de la espina dorsal. El meningocele (hernia en las meninges sin tejido de la espina dorsal) también debería ser incluido en esta categoría. Ambas lesiones, abierta y cerrada, deben ser incluidas. No se incluye la espina bífida oculta (una media línea ósea defectuosa en la espina dorsal sin protuberancia en la espina dorsal o en las meninges)

🞏 Enfermedad cardiaca congénita cianótica (enfermedad cardiaca congénita que causa cianosis. Incluye, pero se limita a: transposición de las arterias (vasos), tetralogía de Fallot, atresia valvular pulmonar, atresia tricúspide, tronco arterial, anomalía pulmonar total o parcial, retorno venoso con o sin obstrucción)

🞏 Hernia diafragmática congénita (defecto en la formación del diafragma que permite la hernia abdominal en la cavidad torácica)

🞏 Onfalocele (defecto en el muro abdominal, acompañado por hernias en algunos órganos abdominales a través del tallo umbilical ampliado. El defecto se encuentra cubierto por una membrana (diferente a la gastrosquisis, vea en la siguiente página) aunque este saco podría romperse. También se conoce como onfalocele. No incluye la hernia umbilical (la cual está completamente cubierta por la piel) en esta categoría

🞏 Gastrosquisis (Una anomalía en la pared abdominal, lateral a la zona umbilical que resulta en una hernia abdominal contenida directamente en la cavidad amniótica. Diferenciada del onfalocele por la locación del defecto y la ausencia de una membrana protectora

🞏 Amputación de extremidades (se excluyen las amputaciones congénitas y el síndrome de enanismo) (ausencia completa o parcial de una porción de extremidad asociada a una insuficiencia en el desarrollo)

🞏 Labio leporino con o sin paladar fisurado (cierre incompleto del labio. Podría ser unilateral, bilateral o mediano)

🞏 Solo paladar leporino (fusión incompleta de los palatinos laterales. Podría estar limitada al paladar blando o extenderse al paladar duro. El paladar leporino en presencia del labio leporino debe estar incluido en “labio leporino” con o sin “paladar leporino” mencionado en la categoría anterior)

🞏 Síndrome de Down (trisomía 21)

🞏 Cariotipo confirmado

 🞏 Pendiente por el cariotipo

 🞏 Cariotipo desconocido

🞏 Se sospecha de otro desorden cromosómico (incluyendo cualquier constelación de malformaciones que resulten compatibles con síndromes conocidos causados por defectos detectados en las estructuras cromosómicas)

🞏 Cariotipo confirmado

 🞏 Pendiente por el cariotipo

 🞏 Cariotipo desconocido

🞏 Hipospadias (cierre incompleto de la uretra masculina resultando en meato uretral abierto sobre la superficie ventral del pene. Incluido el primer grado de las glándulas ventrales de la punta, el segundo grado en el surco coronal y el tercer grado del eje del pene)

🞏 Microcefalia

🞏 Encefalocele

🞏 Holoprosencefalia

🞏 Anoftalmía o Microftalmía

🞏 Anotia o Microtia

🞏 Atresia coanal

🞏 Trisomía 13 y 18

🞏 Extrofia cloacal

🞏 Válvulas uretrales posteriores congénitas

🞏 Agenesia renal/hipoplasia

🞏 Atresia esofágica/Fístula traqueoesofágico

🞏 Atresia intestinal/Estenosis

🞏 Desconocida(o)

**Asistente encargado/Certificado**

**92. Nombre del certificador o asistente encargado**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

\_\_\_\_\_

Sufijo (Jr., III, etc.)

**93. Título del certificador o asistente encargado:**

🞏 Médico

🞏 Doctor de osteopatía

🞏 Enfermera partera certificada/Partera certificada (CNM/CM por sus siglas en inglés)

🞏 Otro tipo de partera

🞏 Otro(especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**94. Dirección del asistente encargado**

Número de calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombre de la calle: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de apartamento, número de suite, etc.\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, pueblo o ubicación\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**95. ¿El certificador es el mismo asistente?**

🞏 Sí

🞏 No (Si la respuesta es no, responda la pregunta sobre el certificador)

**96. Nombre y título del certificador (el individuo que certifica el hecho de que ocurrió en nacimiento. Podría ser, pero necesariamente tiene que ser, la misma persona que ayudó en el parto)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Nombre Segundo nombre Apellido(s)

\_\_\_\_\_

Sufijo (Jr., III, etc.)

🞏 Médico

🞏 Doctor de osteopatía

🞏 Administrador del hospital o persona designada

🞏 Enfermera partera certificada/Partera certificada (CNM/CM por sus siglas en inglés)

🞏 Otro tipo de enfermera

🞏 Otro (especifique)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**97. Fecha de certificación (Mes, Día, Año)** \_ \_\_\_/\_\_ \_\_/\_\_ \_\_ \_\_ \_\_