



Mancomunidad de Massachusetts  
Departamento de Salud Pública  
Registro Civil y de Estadísticas



## Planilla de los padres para el certificado de nacimiento con vida - Recién nacido

La información que usted brinde abajo se usará para generar el certificado de nacimiento de su hijo. El certificado de nacimiento es un documento permanente que será empleado a lo largo de la vida de su hijo para demostrar su edad, ciudadanía, identidad y paternidad.

Es muy importante que proporcione información completa y correcta en todas las preguntas. Los puntos marcados con un asterisco (\*) se imprimirán en el certificado de nacimiento legal de su hijo, pero es necesario contestar todos los puntos para fines legales y/o de salud pública. Algunas de sus respuestas las utilizarán los investigadores médicos y de la salud para estudiar y mejorar la salud de los padres y de los bebés recién nacidos. Esta información se obtiene de acuerdo con las Leyes Generales de Massachusetts (c.111, §24B).

**Por favor, complete las respuestas con claridad y exactitud.** El certificado de nacimiento es un documento legal permanente que es un registro de eventos e información al momento del nacimiento de su hijo y no puede modificarse después, excepto bajo condiciones muy específicas.

*Solo para uso administrativo*

Registro médico de la madre gestante:

Registro médico del niño:

Registro N°:

### Información del NIÑO

**Nombre completo del niño:** Complete el nombre de su hijo exactamente como desea que aparezca en su certificado de nacimiento. Escriba el primer nombre, segundo nombre y apellidos en los recuadros a continuación:

\*Primer nombre:

\*Segundo nombre:  Marcar si el certificado de su hijo *no* tendrá un segundo nombre

\*Apellidos:

\*Generacional, si corresponde: (p. ej., JR, III)

**Datos del nacimiento del niño:** Ingrese la fecha y la hora de nacimiento de su hijo, indique si el sexo es masculino o femenino y si su hijo nació en un parto de bebé único o múltiple:

<b>*Fecha de nacimiento:</b> (p. ej., <u>mar. 15 2011</u> )  Mes                      Día                      Año	<b>*Sexo:</b>  <input type="checkbox"/> Femenino  <input type="checkbox"/> Masculino	<b>*Pluralidad:</b> <input type="checkbox"/> 1-Único <input type="checkbox"/> 2-Gemelos <input type="checkbox"/> 3-Trillizos <input type="checkbox"/> 4-Cuatrillizos  <input type="checkbox"/> Otro:
		<b>*Hora:</b> <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM

### ¿Desea que se le envíe automáticamente el número de seguro social para su hijo por correo?

Si la respuesta es "Sí", se enviará una solicitud electrónica a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés), y la SSA enviará una tarjeta a su domicilio (o a la dirección postal) dentro de las seis semanas tras el nacimiento. Tenga presente que, de acuerdo con la Ley de Asistencia a los Contribuyentes de 1997, todas las solicitudes de una tarjeta de Seguro Social para un niño deben contener los números del Seguro Social de los padres, y esta información se enviará a la SSA con la solicitud electrónica de su hijo. Si la respuesta es "No", entonces necesitará solicitar un número de seguro social en su oficina local de la SSA. Esta información no aparece en el certificado de nacimiento de su hijo.

¿Desea que se emita automáticamente un número de seguro social para su hijo?     Sí     No

**Plan de Ahorros *Baby Steps*: Abra hoy mismo una cuenta de ahorros para la universidad de su hijo**

¿Le gustaría recibir \$50 para la futura educación de su bebé? Como parte del Plan de Ahorros *Baby Steps*, todos los bebés que sean residentes de Massachusetts y hayan nacido o hayan sido adoptados a partir del 1° de enero de 2020 son elegibles para recibir un depósito inicial de \$50 en una cuenta U.Fund dentro del primer año tras el nacimiento o la adopción, para ayudar a pagar futuros gastos de universidad o de formación técnica o de oficios. El Plan de Ahorros *Baby Steps* es un programa de cuenta de ahorros para el financiamiento universitario y fomenta el ahorro en el Plan U.Fund de Inversión para la Universidad, el plan 529 de Massachusetts. U.Fund se ofrece a través de la Autoridad de Financiamiento Educativo de Massachusetts (MEFA, por sus siglas en inglés) y es gestionado por *Fidelity Investments*. El depósito inicial de \$50 es ofrecido por la Tesorería Estatal de Massachusetts y puede recibirse dentro del primer año tras el nacimiento o la adopción del niño. Si le interesa recibir información sobre el Plan de Ahorros *Baby Steps* y cómo recibir su depósito de \$50, marque el casillero “Sí” a continuación.

Al marcar “Sí” a continuación, usted autoriza al Departamento de Salud Pública de Massachusetts a brindar a la Tesorería de Massachusetts y a la MEFA su información de contacto personal (número de teléfono, domicilio y dirección de correo electrónico) con el fin de recibir información adicional para ayudarle a abrir la cuenta de ahorros universitarios para su hijo. El estado depositará \$50 una vez que la cuenta se haya abierto satisfactoriamente. Para más información, visite [babystepssavingsplan.org](http://babystepssavingsplan.org).

Sí, envíenme información y materiales para acceder al depósito gratuito de \$50 del Plan de Ahorros *Baby Steps*

No, no otorgo mi consentimiento

**Información de contacto**

Dirección de correo electrónico de preferencia:

---



Mancomunidad de Massachusetts  
Departamento de Salud Pública  
Registro Civil y de Estadísticas



## Planilla de los padres para el certificado de nacimiento con vida - Padre/Madre 1

La información que usted brinde abajo se usará para generar el certificado de nacimiento de su hijo. El certificado de nacimiento es un documento permanente que será empleado a lo largo de la vida de su hijo para demostrar su edad, ciudadanía, identidad y paternidad.

Es muy importante que proporcione información completa y correcta en todas las preguntas. Los puntos marcados con un asterisco (\*) se imprimirán en el certificado de nacimiento legal de su hijo, pero es necesario contestar todos los puntos para fines legales y/o de salud pública. Algunas de sus respuestas las utilizarán los investigadores médicos y de la salud para estudiar y mejorar la salud de los padres y de los bebés recién nacidos. Esta información se obtiene de acuerdo con las Leyes Generales de Massachusetts (c.111, §24B).

**Por favor, complete las respuestas con claridad y exactitud.** El certificado de nacimiento es un documento legal permanente que es un registro de eventos e información al momento del nacimiento de su hijo y no puede modificarse después, excepto bajo condiciones muy específicas.

Solo para uso administrativo

Registro médico de la madre gestante:

Registro médico del niño/a:

Registro N°:

### Información del PADRE/MADRE 1

Esta sección se emplea para completar los campos del Padre/Madre 1 en el certificado de nacimiento del niño. El padre/ madre que aparece en esta sección debe ser la madre gestante, a menos que una orden judicial indique lo contrario.

**Padre/Madre 1 - Nombre legal completo:** Ingrese el nombre del padre/madre que aparecerá en la sección del Padre/Madre 1 del certificado de nacimiento del niño. Escriba el primer nombre, segundo nombre y apellidos en los recuadros a continuación. Este nombre es su nombre legal completo y actual para firmar documentos legales.

\*Primer nombre:

\*Segundo nombre:  Marcar si el Padre/Madre 1 no tiene un segundo nombre.

\*Apellidos:

\*Generacional, si corresponde: (p.ej., JR, III)

**Número de teléfono del Padre/Madre 1:** Ingrese los números de teléfono para contactarle en caso de existir un problema con el registro del nacimiento de su hijo. El teléfono no se imprimirá en el certificado de nacimiento de su hijo.

**Número de seguro social (SSN) del Padre/Madre 1:** La ley federal exige el SSN para el registro de todos los nacimientos. El SSN no se imprimirá en el certificado de nacimiento de su hijo.

N° de teléfono:

N° de teléfono alternativo:

Número de Seguro Social:

Marcar si:  Nunca me han emitido un N° de Seguro Social

**Padre/Madre 1 - Datos del nacimiento:** Ingrese la siguiente información sobre su fecha de nacimiento, su nombre al momento de su nacimiento, su sexo y el lugar en que nació. El lugar de nacimiento debería incluir la ciudad/pueblo de nacimiento o la jurisdicción local donde se registró su certificado de nacimiento. Esta información es necesaria para fines de registro legal y también es útil para investigaciones genealógicas de familias.

\*Fecha de nacimiento: (p. ej., mar. 27 1980)

Mes                      Día                      Año

\*Apellidos al momento de su nacimiento o adopción:  
(Apellidos de soltero/a)

Sexo:

Masculino  
 Femenino

\*Lugar de nacimiento:

País (sin abreviar, a menos que sea EE. UU.)

Estado o provincia (sin abreviar)

Ciudad/Pueblo o jurisdicción local (sin abreviar)

**Padre/Madre 1 - Estado civil actual:** Aunque su estado civil no se imprima en el certificado de nacimiento de su hijo, es necesario registrarlo de manera legal y correcta. Si no se proporciona información precisa sobre su estado civil, ello podría impedir que se registrase el certificado de nacimiento de su hijo, causando dificultades a lo largo de la vida de su hijo.

**Estado civil y establecimiento de paternidad:**

- Si el padre/madre 1 no está casado/a, y no estaba casado/a dentro de los 300 días del nacimiento del niño, se puede agregar un segundo padre/madre a través de un *Reconocimiento voluntario de paternidad* al momento del nacimiento o en una fecha posterior. Ambos padres deben firmar este formulario.
- Si el padre/madre 1 está casado/a actualmente, o estaba casado/a dentro de los 300 días del nacimiento, el cónyuge se mencionará como padre/madre 2 en el certificado de nacimiento inicial del niño, *a menos que* el padre/madre 1 y el cónyuge firmen una *Declaración jurada de no paternidad* y el padre/madre 1 y el segundo padre/madre intencional firmen un *Reconocimiento voluntario de paternidad*.
- Para más información, consulte con el encargado del registro en su hospital para obtener asistencia.
  - Las preguntas sobre el *Reconocimiento voluntario de paternidad* o la *Declaración jurada de no paternidad* también pueden dirigirse al: Registro Civil y de Estadísticas al (617) 740-2600.
  - Las preguntas sobre determinaciones judiciales de paternidad, reconocimientos voluntarios, pruebas de ADN u otras consultas sobre el establecimiento de la paternidad al momento del nacimiento o en un momento posterior, pueden dirigirse al: Departamento de Recaudación de Rentas, División de Cumplimiento de Manutención Infantil, al 1-800-332-2733.

<b>Estado civil:</b>			
<input type="checkbox"/> Casado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a:	Fecha de divorcio:	Condado/Jurisdicción en que se presentó:
<input type="checkbox"/> Nunca me casé	<input type="checkbox"/> Viudo/a:	Fecha de fallecimiento del cónyuge:	
Si está casado/a, divorciado/a o es viudo/a: ¿Es su cónyuge o ex-cónyuge el padre/madre de este niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si NO está casado/a y vive en un pueblo diferente al del hospital de nacimiento, puede solicitar que también se conserve una copia del certificado de nacimiento en su ciudad/pueblo de residencia. Si esto es aplicable a usted, ¿desea que el certificado de su hijo también se conserve en la oficina administrativa de su ciudad/pueblo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Padre/Madre 1 - Domicilio:** Su domicilio es la dirección real en donde usted vive. No utilice un apartado postal u otras direcciones que se usen solo para fines postales. La ciudad o pueblo donde usted vive debe figurar con el nombre legal y correcto. No escriba el nombre de un vecindario, una localidad u otra subdivisión. Se le pedirá su dirección de correo en la siguiente sección.

<b>*Domicilio:</b>		
Número y nombre de calle (p. ej., 9 Ninth Street)		Apartamento o unidad, si corresponde (p. ej., Apt. 9)
Nombre correcto de la Ciudad/Pueblo (p. ej., Boston, no Mattapan)	Estado (provincia/estado y país, si no es EE. UU.) (sin abreviar)	Código postal
<b>Condado de residencia:</b>	<b>Si no es en Massachusetts, ¿vive dentro de los límites de la ciudad?</b>	
¿En qué condado vive?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé	

**Padre/Madre 1 - Dirección postal:** Ingrese su dirección postal si es diferente a su domicilio. Esta dirección no aparece en el certificado de nacimiento de su hijo, pero se usa para enviar la tarjeta de Seguro Social de su hijo si usted marcó 'Sí' para que el número de seguro social de su hijo se emita automáticamente. También se podrá usar para contactarle si hay algún problema con el certificado de nacimiento.

<b>Dirección postal:</b>		
Número y calle, apartado de correos o RR# - Escribir la dirección de envío postal en que usted recibe su correo		
Ciudad/Pueblo	Estado (provincia/estado y país, si no es EE. UU.) (sin abreviar)	Código postal

**Planilla completada por:**

*Firma:* \_\_\_\_\_

Padre/Madre 1

Padre/Madre 2

Otra relación \_\_\_\_\_

READING PURPOSES ONLY



Mancomunidad de Massachusetts  
Departamento de Salud Pública  
Registro Civil y de Estadísticas



## Planilla de los padres para el certificado de nacimiento con vida - Padre/Madre 2

La información que usted brinde abajo se usará para generar el certificado de nacimiento de su hijo. El certificado de nacimiento es un documento permanente que será empleado a lo largo de la vida de su hijo/a para demostrar su edad, ciudadanía, identidad y paternidad.

Es muy importante que proporcione información completa y correcta en todas las preguntas. Los puntos en letra ***cursiva negrita*** se imprimirán en el certificado de nacimiento legal de su hijo, pero es necesario contestar todos los puntos para fines legales y/o de salud pública. Algunas de sus respuestas las utilizarán los investigadores médicos y de la salud para estudiar y mejorar la salud de los padres y de los bebés recién nacidos. Esta información se obtiene de acuerdo con las Leyes Generales de Massachusetts (c.111, §24B).

**Por favor, complete las respuestas con claridad y exactitud.** El certificado de nacimiento es un documento legal permanente que es un registro de eventos e información al momento del nacimiento de su hijo y no puede modificarse después, excepto bajo condiciones muy específicas.

Solo para uso administrativo

Registro médico de la madre gestante:

Registro médico del niño:

Registro N°:

### Información del PADRE/MADRE 2

Esta sección se emplea para completar los campos del Padre/Madre 2 en el certificado de nacimiento del niño. Indique la relación del padre/madre 2 con el padre/madre 1.

- Casado/a con el Padre/Madre 1, o casado/a con el padre/madre 1 dentro de los 300 días del nacimiento del niño.
- No casado/a con el Padre/Madre 1, pero completará un *Reconocimiento voluntario de paternidad* o es nombrado por una orden judicial.
- Si el padre/madre 1 no está casado/a, y *no estaba* casado/a dentro de los 300 días del nacimiento del niño, se puede agregar un segundo padre/madre a través de un *Reconocimiento voluntario de paternidad* al momento del nacimiento o en una fecha posterior. Ambos padres deben firmar este formulario.
  - Si el padre/madre 1 actualmente está casado/a, o si *estaba* casado/a dentro de los 300 días del nacimiento, con alguien que no es el segundo padre/madre intencional del niño, el cónyuge aparecerá en el certificado de nacimiento del niño, a menos que el cónyuge y el padre/madre 1 firmen una *Declaración jurada de no paternidad* y el segundo padre/madre intencional y el padre/madre 1 firmen un *Reconocimiento voluntario de paternidad*.
  - Si tiene preguntas sobre la paternidad o la condición de paternidad/maternidad, consulte con la persona del registro en el hospital de nacimiento, o contacte al Registro Civil y de Estadísticas al (617) 740-2600, o al Departamento de Recaudación de Rentas, División de Cumplimiento de Manutención Infantil, al 1-800-332-2733.

**Padre/Madre 2 - Nombre:** Ingrese el nombre del padre/madre que aparecerá en la sección del Padre/Madre 2 del certificado de nacimiento del niño y en el *Reconocimiento voluntario de paternidad*. Escriba el primer nombre, segundo nombre y apellidos en los recuadros a continuación. Este nombre es su nombre legal completo y actual para firmar documentos legales.

\*Primer nombre:

\*Segundo nombre:  Marcar si el padre/madre 2 no tiene un segundo nombre.

\*Apellidos:

\*Generacional, si corresponde: (p.ej., JR, III)

**Padre/Madre 2 - Número de Seguro Social (SSN):** La ley federal exige el SSN para el registro de todos los nacimientos. El SSN no aparece en el certificado de nacimiento de su hijo.

**Número de Seguro Social:**

Marcar si:  Nunca me han emitido un N° de Seguro Social

**Madre/Padre 2 - Datos del nacimiento:** Ingrese la siguiente información sobre su fecha de nacimiento, nombre al momento de su nacimiento, su sexo y el lugar en que usted nació. El lugar de nacimiento debería incluir la ciudad/pueblo de nacimiento o la jurisdicción local en que se registró su certificado de nacimiento. Esta información es necesaria para fines de registro legal y también es útil para investigaciones genealógicas de familias.

<b>*Fecha de nacimiento:</b> (p.ej., <u>mar. 27 1980</u> )			<b>*Apellidos al momento de su nacimiento o adopción:</b>			<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
<i>Mes                      Día                      Año</i>								
<b>*Lugar de nacimiento:</b>								
<i>País (sin abreviar, a menos que sea EE. UU.)</i>			<i>Estado o provincia (sin abreviar)</i>			<i>Ciudad/Pueblo o jurisdicción local (sin abreviar)</i>		

**Padre/Madre 2 - Domicilio:** Su domicilio es la dirección real en donde usted vive. No utilice un apartado postal u otras direcciones que se usen solo para fines postales. La ciudad o pueblo donde usted vive debe figurar con el nombre legal y correcto. No escriba el nombre de un vecindario, una localidad u otra subdivisión.

**El domicilio del Padre/Madre 2 es igual al del Padre/Madre 1.** Si no es igual, por favor completar:

<b>Domicilio:</b>					
<i>Número y nombre de calle (p.ej., 9 Ninth Street)</i>				<i>Apartamento o unidad, si corresponde (p. ej., 9)</i>	
<i>Nombre correcto de la Ciudad/Pueblo (p. ej., Boston, no Mattapan)</i>		<i>Estado (provincia/estado y país, si no es EE. UU.) (sin abreviar)</i>		<i>Código postal</i>	
<b>Condado de residencia:</b>			<b>Si <u>no</u> es en Massachusetts, ¿vive dentro de los límites de la ciudad?</b>		
<i>¿En qué condado vive?</i>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé		

<b>Planilla completada por:</b>		
<i>Firma:</i> _____		
<input type="checkbox"/> Padre/Madre 1	<input type="checkbox"/> Padre/Madre 2	<input type="checkbox"/> Otra relación _____



Mancomunidad de Massachusetts  
Departamento de Salud Pública  
Registro Civil y de Estadísticas



## Planilla de los padres para información confidencial del nacimientos

### Información confidencial

La legislación de Massachusetts (M.G.L. Cap.111 §24B) exige completar las siguientes preguntas. La ley también exige que los hospitales reporten la información médica adicional relacionada con los nacimientos. Esta información se mantiene absolutamente confidencial y se emplea para la salud pública y estadísticas poblacionales, para investigaciones médicas y para planificación de programas. Estas respuestas nunca aparecen en las copias del certificado de nacimiento emitido para usted o su hijo. Suele ser más habitual que se utilice su información combinada con datos de madres de todo Massachusetts y de los Estados Unidos y se publica en tablas y gráficos que no le identificarán a usted personalmente.

Esta información que usted brinda permite a los planificadores conocer qué ciudades o pueblos necesitan mejores servicios de salud pública y proporciona hechos que su doctor necesita conocer para los partos seguros. Por ejemplo, usted ayuda a los departamentos escolares locales a proyectar las cantidades de estudiantes para que planifiquen la educación para su bebé recién nacido, ayuda a los investigadores a saber qué efectos tiene sobre el desarrollo fetal el hecho de dejar de fumar durante el embarazo o qué ocupaciones pueden ser peligrosas durante el embarazo y ayuda a los proveedores de la salud a saber qué idiomas se hablan en su área para contar con materiales traducidos.

Su cooperación se necesita con urgencia con el fin de compilar datos precisos sobre las familias de Massachusetts y los bebés recién nacidos. Esto constituye la fuente principal de información estadística sobre los nacimientos en Massachusetts, que sin su ayuda no se conocería. Los planificadores y los proveedores médicos utilizan los datos de los nacimientos para mejorar o crear nuevos programas y servicios para las familias y sus bebés recién nacidos. Su privacidad se trata con mucha seriedad. Los datos individuales nunca se publican sin el expreso permiso del Comisionado de Salud Pública y eso solo es posible dentro de ciertas pautas muy estrictas. Como ejemplo de un uso aprobado de información individual, el hospital reporta resultados de la prueba auditiva de su hijo al Programa de Revisión Auditiva Universal de Recién Nacidos del Departamento de Salud Pública para fines de seguimiento, si es necesario.

Solo para uso administrativo

Registro médico de la madre gestante:

Registro médico del niño:

Registro N°:

### PADRE/MADRE 1

**Padre/Madre 1 - Etnia:** La información sobre la etnia de los padres ayuda a los investigadores a entender más sobre las condiciones genéticas, las culturas y las ubicaciones geográficas de comunidades étnicas existentes y nuevas, y esta información podría afectar la capacidad de los servicios de cuidados prenatales, los resultados de los embarazos y las necesidades de salud futuras de los niños pequeños y sus familias.

Por favor, indique sus antecedentes étnicos. Puede elegir más de una opción.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Africano (especificar): _____            | <input type="checkbox"/> Coreano   |
| <input type="checkbox"/> Afro-Americano                           | <input type="checkbox"/> Laosiano  |
| <input type="checkbox"/> Americano                                | <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano                   |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático                           | <input type="checkbox"/> de Oriente Medio (especificar): _____                   |
| <input type="checkbox"/> Brasileño                                | <input type="checkbox"/> Nativo Americano (especificar Naciones Tribales): _____ |
| <input type="checkbox"/> Camboyano                                |  |
| <input type="checkbox"/> de Cabo Verde                            | <input type="checkbox"/> Portugués   |
| <input type="checkbox"/> de Islas del Caribe (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño  |
| <input type="checkbox"/> Chino                                    | <input type="checkbox"/> Ruso  |
| <input type="checkbox"/> Colombiano                               | <input type="checkbox"/> Salvadoreño   |
| <input type="checkbox"/> Cubano                                   | <input type="checkbox"/> Vietnamita  |
| <input type="checkbox"/> Dominicano                               | <input type="checkbox"/> Otro origen Asiático (especificar): _____               |
| <input type="checkbox"/> Europeo (especificar): _____             | <input type="checkbox"/> Otro origen de Centro América (especificar): _____      |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                 | <input type="checkbox"/> Otro origen de Islas del Pacífico (especificar): _____  |
| <input type="checkbox"/> Guatemalteco                             | <input type="checkbox"/> Otro origen Portugués (especificar): _____              |
| <input type="checkbox"/> Haitiano                                 | <input type="checkbox"/> Otro origen de América del Sur (especificar): _____     |
| <input type="checkbox"/> Hondureño                                | <input type="checkbox"/> Otras etnias no mencionadas (especificar): _____        |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                  |  |



**Padre/Madre 1 - Raza:** La información sobre la raza de los padres ayuda a los investigadores a entender más acerca de las tasas de nacimientos, las condiciones de salud y otros factores relacionados con las razas, y esta información puede afectar el resultado de los nacimientos y las necesidades de servicios de salud en las comunidades de Massachusetts.

**Por favor, indique sus antecedentes raciales. Puede elegir más de una opción.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (especificar las naciones tribales): _____ | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Otro (especificar): _____               |
| <input type="checkbox"/> Asiático  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái  |
| <input type="checkbox"/> Negro   | <input type="checkbox"/> Samoano  |
| <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro  | <input type="checkbox"/> Blanco   |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Negro  | <input type="checkbox"/> Otro origen de Islas del Pacífico (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Blanco   | <input type="checkbox"/> Otra raza no mencionada (especificar): _____           |

**Padre/Madre 1 - Educación:** La información acerca de la educación de los padres ayuda a los investigadores a entender más sobre de tendencias en las edades y niveles educativos de los padres en Massachusetts, sobre las elecciones de los métodos de parto y las tecnologías de reproducción asistida, sobre los niveles de lectura necesarios para los materiales de educación para la salud, sobre las necesidades de información para la salud en las escuelas según el distrito y sobre otros factores que podrían afectar los resultados de los nacimientos y la salud de las madres y de los niños.

**¿Cuál es el mayor nivel escolar que había completado al momento del parto?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos                                | <input type="checkbox"/> Certificado                               | <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD) |
| <input type="checkbox"/> 9.º – 12.º grado                                 | <input type="checkbox"/> Título terciario (p. ej., AA, AS)         | <input type="checkbox"/> Educación especial   |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la Escuela Secundaria o GED completo | <input type="checkbox"/> Título universitario (p. ej., BA, AB, BS) |   |
| <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título | <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MSW, MBA)           |   |

**Padre/Madre 1 - Ocupación y sector:** La información sobre los empleos de los padres ayuda a los investigadores a conocer más sobre cómo ciertas ocupaciones y sectores podrían afectar las consecuencias en los nacimientos. Ciertas condiciones laborales, como las exposiciones a pinturas y materiales químicos tóxicos, las industrias con altos niveles de estrés y las ocupaciones con salarios bajos, podrían influir en las afecciones de salud y relacionarse con ciertos defectos de nacimiento.

**Ocupación/empleo habitual durante el último año:**

*Ejemplos:* programación de computación, cajero/a, trabajo doméstico, sin empleo

**¿En qué sector? (Puede ingresar una industria o el nombre de una empresa):**

*Ejemplos:* empresa de software, Smith's Supermarket, mi propio hogar

**Consumo de tabaco:** La información sobre el consumo de tabaco antes y durante el embarazo ayuda a los médicos a ofrecer mejor información a los futuros padres acerca de los efectos que provoca el hábito de fumar en el peso al nacer y otras consecuencias al nacer. Esta pregunta ayudará a saber si reducir o incrementar el hábito de fumar en diferentes etapas del embarazo tiene diferentes consecuencias.

**¿Cuántos cigarrillos O paquetes de cigarrillos fumó la madre gestante en un día promedio durante cada uno de los siguientes períodos de tiempo?**

	Cantidad de cigarrillos	o	Cantidad de paquetes
3 meses <u>antes</u> del embarazo	_____		_____
Primeros 3 meses del embarazo	_____		_____
Segundos 3 meses del embarazo	_____		_____
Tercer trimestre (últimos 3 meses) del embarazo	_____		_____

**Padre/Madre 1 - Idioma de preferencia:** La información sobre el idioma en que los padres prefieren hablar o que les resulta más fácil leer ayuda a los programas de salud pública y a los proveedores médicos a estar mejor preparados y contar con los traductores adecuados y la información traducida. Identificar vecindarios y comunidades con varios residentes de lenguas extranjeras ayuda a ubicar al personal de traducción y los materiales correspondientes en los sitios donde sean más necesarios.

¿Qué idioma <i>prefiere</i> cuando se trata de hablar sobre asuntos o cuestiones de salud? ¿Qué idioma <i>prefiere</i> cuando se trata de leer materiales relacionados con la salud?					
Inglés	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Somalí	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Español	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Árabe	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Portugués	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Albanés	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Criollo de Cabo Verde	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Chino	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Criollo Haitiano	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	(especificar dialecto):	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Jemer	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Ruso	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Vietnamita	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Lenguaje Americano de Señas	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer
Camboyano	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer	Otro (especificar):	<input type="checkbox"/> Hablar	<input type="checkbox"/> Leer

**Consumo de alcohol:** Esta pregunta ayudará a conocer qué cantidades de alcohol afectan el peso al nacer y otras consecuencias al nacer, y si beber en diferentes momentos durante el embarazo tiene distintas consecuencias. Con datos sobre el consumo de alcohol durante el embarazo, los médicos pueden brindar mejores consejos a los futuros padres.

¿Bebió alcohol en los tres meses previos a este embarazo o en algún momento durante este embarazo?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es 'Sí':
	En los tres meses <b>previos a este embarazo</b> ¿cuántos tragos bebió (cerveza, vino o cócteles) en una semana promedio? _____
	En los <b>primeros tres meses (primer trimestre) de este embarazo</b> ¿cuántos tragos bebió (cerveza, vino o cócteles) en una semana promedio? _____
	En los <b>segundos tres meses (segundo trimestre) de este embarazo</b> ¿cuántos tragos bebió (cerveza, vino o cócteles) en una semana promedio? _____
	En el <b>tercer trimestre de este embarazo</b> ¿cuántos tragos bebió (cerveza, vino o cócteles) en una semana promedio? _____

**Embarazo anterior y parto prematuro:** Los bebés que nacen prematuros, antes de las 37 semanas de embarazo, a menudo necesitan permanecer en el hospital por más tiempo y tienen más dificultades de salud que los bebés que nacen a término. Los padres que tuvieron bebés con partos prematuros con anterioridad corren un mayor riesgo de presentar nuevos partos prematuros. Esta pregunta permite a los investigadores de la salud pública determinar cuántos padres tienen antecedentes de partos prematuros y cómo mejorar sus cuidados.

En cualquier parto anterior, ¿tuvo un bebé que nació más de 3 semanas antes de su fecha de parto porque se puso de parto o rompió aguas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
--	---

**Embarazo actual y parto prematuro:** La progesterona es una hormona clave que ayuda al cuerpo de las mujeres a desarrollarse y prepararse para un embarazo saludable. Para algunas mujeres con mayor riesgo de parto prematuro, el tratamiento con progesterona ha demostrado ayudar a evitar los nacimientos prematuros. Estas preguntas ayudarán a los investigadores de la salud pública a determinar cuántas mujeres son elegibles para recibir progesterona y a identificar los obstáculos para el tratamiento.

¿Le dijeron a usted que tiene el cuello del útero corto durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo sé
¿Le ofrecieron progesterona para evitar un parto prematuro durante este embarazo? (marcar solo una opción)	<input type="checkbox"/> Sí, debido a un parto prematuro de un embarazo anterior
	<input type="checkbox"/> Sí, porque mi cuello del útero era corto durante este embarazo
	<input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> No lo sé

**¿Recibió progesterona durante este embarazo?**  
(marcar solo una opción)

- Sí, inyecciones de progesterona
- Sí, progesterona vaginal
- Sí, píldoras orales de progesterona
- No
- No, mi seguro no cubría el costo
- No, me negué
- No lo sé

**Alimentos para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés):** Los planificadores de los programas de salud pública quisieran saber si las madres se inscriben para el programa WIC *porque* se embarazan y si recibir alimentos para WIC durante el embarazo ayuda a las madres a dar a luz bebés más saludables. Este tipo de información puede ayudar a mantener estos programas disponibles para las familias.

**¿Recibió alimentos para usted del programa WIC (Mujeres, Bebés y Niños) porque estaba embarazada con este bebé?**

- Sí  No  No lo sé

**Partos en el hogar:** Responda solamente si dio a luz a su bebé en casa. (De lo contrario, puede saltar esta pregunta). Esta pregunta ayudará a averiguar cuántos partos en el hogar estuvieron planeados y cuántos no estuvieron planeados, para proporcionar información estadística y servicios.

**¿Planeó dar a luz a su bebé en casa, o quería tener a su bebé en un hospital o en un centro de natalidad?**

- Sí, yo planeé dar a luz a mi bebé en casa  No, yo quería tener a mi bebé en un hospital o en un centro de natalidad

**Peso y salud de la madre y del bebé:** En combinación con las estadísticas conocidas sobre el aumento de peso durante el embarazo, los investigadores de la salud pública desean estudiar los pesos previos a los embarazos para ver si algunos rangos de peso dan lugar a madres y bebés más saludables.

**¿Cuál era su peso previo al embarazo, es decir, su peso inmediatamente antes de quedar embarazada de este bebé?** \_\_\_\_\_ libras

**Cuidados dentales durante el embarazo:** Los investigadores de la salud pública quisieran obtener más información sobre si las limpiezas dentales profesionales y los problemas de salud dental durante el embarazo tienen algún efecto para la salud de los recién nacidos, para que los doctores puedan asesorar mejor a las madres que quedan embarazadas.

**Durante este embarazo, ¿un dentista o un higienista dental le realizó una limpieza dental?**  Sí  No

**¿Padeció alguna afección de salud oral durante el embarazo?**  Sí  No  
 No lo sé

**Si su última visita dental sucedió hace más de seis meses o si le identificaron problemas de salud oral (p. ej., encías irritadas o sangrantes, caries, señales de infección), ¿su proveedor de cuidados prenatales la envió con un dentista?**  Sí  No  
 No lo sé

## TENDENCIAS Y TECNOLOGÍAS PARA NACIMIENTOS

**Tratamientos y tecnologías para la fertilidad:** Contar con mejor información sobre el uso de medicamentos para la fertilidad o sobre tecnologías de reproducción asistida permitirá a los investigadores determinar las tendencias en el uso de nuevos tipos de tratamientos. Estos datos también ayudarán a los obstetras y a sus pacientes a conocer más sobre cuáles son los riesgos y los beneficios que podrían existir para las madres y los recién nacidos en función de la edad de la madre, la relación genética con el niño y otras características. Esta información debería completarse en relación con la madre gestante.

¿Tomó algún medicamento para la fertilidad o se sometió a algún procedimiento médico por parte de un médico, enfermera u otro trabajador de cuidados de la salud para ayudarla a quedar embarazada de este embarazo actual? (Esto puede incluir los tratamientos de infertilidad, como los medicamentos para aumentar la fertilidad o la tecnología de reproducción asistida).

Sí  No

Si la respuesta es 'Sí':

¿Usó alguno de los siguientes tratamientos para la fertilidad durante el mes en que quedó embarazada de este embarazo actual?

Marcar todo lo que corresponda:

**Medicamento para aumentar la fertilidad recetado por un médico**

Los medicamentos para la fertilidad incluyen Comid®, Serophene®, Pergonal® u otros medicamentos que estimulan la ovulación.

**Inseminación artificial o inseminación intrauterina**

Incluye tratamientos en que el esperma, pero NO los óvulos, se obtuvieron y se le introdujeron a la madre gestante mediante procedimientos médicos.

**Tecnología de asistencia reproductiva**

Incluye tratamientos en los que TANTO los óvulos de una mujer como el esperma de un hombre se manipularon en el laboratorio, como en una fertilización *in vitro* (IVF, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de gametos (GIFT, por sus siglas en inglés), transferencia intratubárica de cigotos (ZIFT, por sus siglas en inglés), inyección intracitoplasmática de esperma (ICSI, por sus siglas en inglés), transferencia de embriones congelados o transferencia de embriones de donantes.

**No estuve usando tratamientos de fertilidad durante el mes en que quedé embarazada de mi nuevo bebé.**

**Otro tratamiento médico. Por favor, especificar:**

¿Corresponde algo de lo siguiente a este embarazo?

Marcar todo lo que corresponda:

Donante anónimo de óvulos

Donante anónimo de esperma

Donante conocido que no es un padre/madre intencional\*

Subrogación

Nada de esto corresponde

**\*OPCIONAL:** Sería útil para el historial médico de su hijo registrar información sobre los donantes genéticos. Si usted desea aportar esta información, por favor complete los siguientes campos:

Nombre:	<input type="checkbox"/> Donante de esperma	<input type="checkbox"/> Donante de óvulos
Nombre:	<input type="checkbox"/> Donante de esperma	<input type="checkbox"/> Donante de óvulos
Nombre:	<input type="checkbox"/> Donante de esperma	<input type="checkbox"/> Donante de óvulos

### PADRE/MADRE 1 - HISTORIAL DE EMBARAZO

<b>Padre/Madre 1 - Estatura:</b> ___ pies ___ Pulgadas		<b>Fecha de la <u>última menstruación</u></b> (MM/DD/AAAA)		
		Mes	Día	Año
<b><u>Nacimientos con vida anteriores:</u></b> No contar al bebé actual.		<b>Fecha del <u>último nacimiento con vida</u></b> (MM/DD/AAAA)		
Nº actual con vida: _____	Nº nacidos con vida, ahora fallecidos: _____	Mes	Día	Año
<b>Cantidad de embarazos con otros resultados:</b> Incluir pérdidas del feto de cualquier edad gestacional- pérdidas espontáneas, pérdidas inducidas y/o embarazos ectópicos. Si se trató de un parto múltiple, incluir todas las pérdidas de fetos que ocurrieron <u>antes</u> de este bebé en este embarazo.		<b>Fecha del <u>último embarazo con otro resultado</u></b> (MM/DD/AAAA)		
Cantidad de otros resultados de embarazos ___		Mes	Día	Año

**Padre/Madre 2 - Etnia:** La información sobre la etnia de los padres ayuda a los investigadores a entender más sobre las condiciones genéticas, las culturas y las ubicaciones geográficas de comunidades étnicas existentes y nuevas, y esta información podría afectar la capacidad de los servicios de cuidados prenatales, los resultados de los embarazos y las necesidades de salud futuras de los niños pequeños y sus familias.

**Indique sus antecedentes étnicos. Puede elegir más de una opción.**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Africano (especificar): _____            | <input type="checkbox"/> Coreano   |
| <input type="checkbox"/> Afro-Americano                           | <input type="checkbox"/> Laosiano  |
| <input type="checkbox"/> Americano                                | <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano                   |
| <input type="checkbox"/> Indio Asiático                           | <input type="checkbox"/> de Oriente Medio (especificar): _____                   |
| <input type="checkbox"/> Brasileño                                | <input type="checkbox"/> Nativo Americano (especificar Naciones Tribales): _____ |
| <input type="checkbox"/> Camboyano                                |  |
| <input type="checkbox"/> de Cabo Verde                            | <input type="checkbox"/> Portugués   |
| <input type="checkbox"/> de Islas del Caribe (especificar): _____ | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño  |
| <input type="checkbox"/> Chino                                    | <input type="checkbox"/> Ruso  |
| <input type="checkbox"/> Colombiano                               | <input type="checkbox"/> Salvadoreño   |
| <input type="checkbox"/> Cubano                                   | <input type="checkbox"/> Vietnamita  |
| <input type="checkbox"/> Dominicano                               | <input type="checkbox"/> Otro origen Asiático (especificar): _____               |
| <input type="checkbox"/> Europeo (especificar): _____             | <input type="checkbox"/> Otro origen de Centro América (especificar): _____      |
| <input type="checkbox"/> Filipino                                 | <input type="checkbox"/> Otro origen de Islas del Pacífico (especificar): _____  |
| <input type="checkbox"/> Guatemalteco                             | <input type="checkbox"/> Otro origen Portugués (especificar): _____              |
| <input type="checkbox"/> Haitiano                                 | <input type="checkbox"/> Otro origen de América del Sur (especificar): _____     |
| <input type="checkbox"/> Hondureño                                | <input type="checkbox"/> Otras etnias no mencionadas (especificar): _____        |
| <input type="checkbox"/> Japonés                                  |  |

**Padre/Madre 2 - Raza:** La información sobre la raza de los padres ayuda a los investigadores a entender más acerca de las tasas de nacimientos, las condiciones de salud y otros factores relacionados con las razas, y esta información puede afectar las consecuencias en los nacimientos y las necesidades de servicios de salud en las comunidades de Massachusetts.

**Indique sus antecedentes raciales. Puede elegir más de una opción.**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (especificar las naciones tribales): _____ | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Otro (especificar): _____               |
| <input type="checkbox"/> Asiático  | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái  |
| <input type="checkbox"/> Negro   | <input type="checkbox"/> Samoano  |
| <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro  | <input type="checkbox"/> Blanco   |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/Negro  | <input type="checkbox"/> Otro origen de Islas del Pacífico (especificar): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hispano/Latino/ Blanco  |   |
|  | <input type="checkbox"/> Otra raza no mencionada (especificar): _____           |

**Padre/Madre 2 - Educación:** La información acerca de la educación de los padres ayuda a los investigadores a entender más sobre las tendencias en las edades y niveles educativos de los padres en Massachusetts, sobre las elecciones de los métodos de parto y las tecnologías de reproducción asistida, sobre los niveles de lectura necesarios para los materiales de educación para la salud, sobre las necesidades de información para la salud en las escuelas según el distrito y sobre otros factores que podrían afectar las consecuencias en los nacimientos y la salud de las madres y de los niños.

**¿Cuál es el mayor nivel escolar que había completado al momento del parto?**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos                                | <input type="checkbox"/> Certificado                               | <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD) |
| <input type="checkbox"/> 9.º – 12.º grado                                 | <input type="checkbox"/> Título terciario (p. ej., AA, AS)         | <input type="checkbox"/> Educación especial   |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la Escuela Secundaria o GED completo | <input type="checkbox"/> Título universitario (p. ej., BA, AB, BS) |   |
| <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título | <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MSW, MBA)           |   |

**Padre/Madre 2 - Ocupación y sector:** La información sobre los empleos de los padres ayuda a los investigadores a conocer más sobre cómo ciertas ocupaciones y sectores podrían afectar las consecuencias en los nacimientos. Ciertas condiciones laborales, como las exposiciones a pinturas y materiales químicos tóxicos, industrias con altos niveles de estrés y ocupaciones con salarios bajos, podrían influir en las afecciones de salud y relacionarse con ciertos defectos de nacimiento

**Ocupación/empleo habitual durante el último año:**

*Ejemplos:* programación de computación, cajero/a, trabajo doméstico, sin empleo

**¿En qué sector?** (Puede ingresar una industria o el nombre de una empresa):

*Ejemplos:* empresa de software, Smith's Supermarket, mi propio hogar

Por favor, entregar esta planilla al encargado del registro en el hospital del nacimiento, o en el lugar que le indiquen.  
Gracias.

READING PURPOSES ONLY