

## Formulario de Información de la Madre para el Nacimiento del Hijo(a)

La información que usted provea en este documento se utilizará para crear el acta de nacimiento de su hijo(a). El acta de nacimiento es un documento que usará su hijo(a) durante su vida para propósitos legales, tal como prueba de la edad, ciudadanía y linaje. La ley estatal proporciona protección contra la revelación de información no autorizada que muestra la identidad del acta de nacimiento para asegurar la confidencialidad de los padres y sus hijos.

Por favor llene y provea información exacta a todas las preguntas. Los investigadores médicos y de la salud usan la información en el acta de nacimiento para estudiar y mejorar la salud de nuevas madres y bebés recién nacidos. Los temas acerca de la raza de los padres, su educación y sus hábitos de fumar, por ejemplo, no aparecerán en las copias del acta de nacimiento que se emiten a usted o a su hijo(a).

La Ley Estatal, 42 USC405(c)(sección 205(c) del acta de Seguro Social requiere que se proporcione el número(s) de seguro social (SSNs) de los padres. El número(s) estará disponible para el Sistema de Salud y Servicios Humanos de Nebraska para ayudar con las actividades de la aplicación de manutención infantil y también para la Dirección Recaudadora de Impuestos para el propósito de determinar la conformidad de crédito de impuesto de los ingresos ganados.

Nombre legal y actual de la madre

Número de seguro social de la madre \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en este renglón si tiene uno o dos apellidos)

Nombre de nacimiento/soltera de la madre:

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en este renglón si tiene uno o dos apellidos)

Nombre del hijo(a) a aparecer en el acta de nacimiento

Primer Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en este renglón si el niño(a) tiene uno o dos apellidos)

Residencia de la madre (¿Dónde vive generalmente, es decir, dónde está ubicada su casa/residencia?)

Estado, Territorio Estadounidense o Provincia Canadiense: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Ciudad, Pueblo o Sitio: \_\_\_\_\_

Calle y Número (No el número de ruta rural o apartado postal): \_\_\_\_\_

Número de Apartamento: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_ ¿Está dentro de los límites de la ciudad? **Sí** o **No** (trace un círculo alrededor de uno)

Si no está en los Estados Unidos, escriba el nombre del país: \_\_\_\_\_

El número de historial médico de la madre (sólo para el uso del hospital): \_\_\_\_\_ Página 1 de 4

**Dirección postal de la madre** (Llene sólo si es diferente de la residencia arriba mencionada)

Estado, Territorio Estadounidense o Provincia Canadiense: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Ciudad, Pueblo o Sitio: \_\_\_\_\_

Calle y Número: \_\_\_\_\_

Número de Apartamento: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Si no está en los Estados Unidos, escriba el nombre del país: \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento de la madre:** (ejemplo: 3-4-1989) Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ (escriba "desconocido" si no se sabe la información acerca de la fecha de nacimiento de la madre)

**Lugar de nacimiento de la madre:** ¿En qué ciudad y estado, territorio estadounidense o país extranjero nació usted?) Especifique uno de los siguientes:

Ciudad: \_\_\_\_\_ y Estado: \_\_\_\_\_ o

Territorio estadounidense (por ejemplo, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa americana o Marianas Norteñas):

\_\_\_\_\_ o País extranjero: \_\_\_\_\_

**Educación de la madre: ¿Cuál es el nivel escolar más alto que usted ha completado hasta el momento del parto? (Marque la caja que mejor describe su educación. Si está matriculada actualmente, marque la caja que indica el grado previo o el título más alto que ha recibido).**

8° grado o menos

9°-12° grado, sin diploma

graduada de la escuela secundaria o completó el GED

algunos créditos de la universidad, pero sin título

título de asociado (por ejemplo, AA, AS)

Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)

Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng,

MEd, MSW, MBA)

Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o Título

Profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD)

**¿Es la madre de origen hispana? ¿Es usted Española/Hispana/Latina? Si no es Española/Hispana/Latina, marque la caja de "No". Si es Española/Hispana/Latina, marque la caja apropiada.**

No Española/Hispana/Latina

Sí, Mexicana, México-americana, Chicana

Sí, Puertorriqueña

Sí, Cubana

Sí, otra Española/Hispana/Latina (por ejemplo, Española, Salvadoreña, Dominicana, Colombiana)

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

**La(s) raza(s) de la madre: ¿Cuál es su raza? (Por favor marque una o más razas para indicar su raza)**

Blanca

Negra o Afro-americana

India norteamericana o Nativa de Alaska (nombre de la tribu que está registrada o tribu principal) \_\_\_\_\_

India asiática

China

Filipina

Japonesa

Coreana

Vietnamesa

Otra Asiática (especifique) \_\_\_\_\_

Nativa de Hawai

Nativa de Guam o Chamorra

Samoana

Otra Isleña Pacífica (especifique) \_\_\_\_\_

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

¿Recibió la madre alimentos por medio de *WIC* (mujeres, infantes y niños) para sí misma durante este embarazo? (trace un círculo alrededor de su respuesta):  Sí  No  No sé

La estatura de la madre (en pies y pulgadas) \_\_\_\_\_

El peso de la madre antes del embarazo: \_\_\_\_\_ libras

Los hábitos de fumar de la madre antes y durante el embarazo. ¿Cuántos cigarrillos fumó en un día normal durante cada de los siguientes plazos de tiempo? Si NUNCA fumó, ponga un cero para cada plazo de tiempo.

Tres meses antes del embarazo: \_\_\_\_\_  
Los primeros tres meses del embarazo: \_\_\_\_\_  
Los segundo tres meses del embarazo: \_\_\_\_\_  
Los últimos tres meses del embarazo: \_\_\_\_\_

¿Estaba casada la madre al momento de la concepción, parto o durante el embarazo? (Trace un círculo alrededor de su respuesta):  Sí  No

Si la respuesta es sí, continúe a la pregunta "Nombre del padre". Si la respuesta es no, por favor continúe con la próxima pregunta.

Si no está casada, ¿Ha completado la aplicación de reconocimiento de paternidad? Es decir, ¿usted y el padre han firmado el formulario en el cual el padre aceptó responsabilidad legal por el niño?

Si no está casada y no han completado la aplicación para el reconocimiento de paternidad, no se puede incluir la información sobre el padre en esta acta de nacimiento.

Pueden obtener información en las Oficinas de Registros Vitales del Estado sobre los procedimientos para añadir la información y nombre del padre en el acta de nacimiento después que la misma fue registrada con el estado.

\_\_\_\_ Sí, La aplicación de reconocimiento de paternidad ha sido completada

¿Se dá consentimiento para registrar el nombre del padre en el acta de nacimiento? (trace un círculo alrededor de su respuesta):

Sí  No Si la respuesta es sí, continúe a la pregunta "Nombre del Padre". Si la respuesta es no, continúe a la declaración de autorización para obtener el número de seguro social y llene el resto del formulario.

\_\_\_\_ No, no se ha completado un reconocimiento de paternidad (continúe a la declaración de autorización para obtener el número de seguro social y llene el resto del formulario).

Nombre del Padre Nombre Legal Número de seguro social del padre: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en este renglón si tiene uno o dos apellidos)

Nombre de Nacimiento del Padre Género del Padre (Escoger uno): Femenino Masculino

Primer nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo: \_\_\_\_\_  
(Escriba en este renglón si tiene uno o dos apellidos)

Fecha de nacimiento del Padre: (Ejemplo: 3-4-1976) Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_  
(Escriba "desconocido" si no se sabe la información acerca de la fecha nacimiento del padre)

**Lugar de nacimiento del Padre:** ¿En qué ciudad y estado, territorio estadounidense o país extranjero nació el padre?) Especifique uno de los siguientes:

Ciudad: \_\_\_\_\_ y Estado: \_\_\_\_\_ o

Territorio estadounidense (por ejemplo, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa americana o Marianas norteñas):

\_\_\_\_\_ o País extranjero: \_\_\_\_\_

**Educación del Padre:** ¿Cuál es el nivel escolar más alto que usted ha completado al tiempo del parto? (Marque la caja que mejor describe su educación. Si está matriculado actualmente, marque la caja que indica el grado previo o el título más alto que ha recibido).

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8° grado o menos                                    | <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)  |
| <input type="checkbox"/> 9°-12° grado, sin diploma                           | <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)   |
| <input type="checkbox"/> graduado de la escuela secundaria o completó el GED | <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o Título Profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD) |
| <input type="checkbox"/> algunos créditos de la universidad, pero sin título |  |
| <input type="checkbox"/> título de asociado (por ejemplo, AA, AS)            |  |

**¿Es el Padre de origen hispano? ¿Es usted Español/Hispano/Latino? Si no es Español/Hispano/Latino, marque la caja de "No". Si es Español/Hispano/Latino, marque la caja apropiada.**

- No Español/Hispano/Latino  
 Sí, Mexicano, México-americano, Chicano  
 Sí, Puertorriqueño  
 Sí, Cubano  
 Sí, otro Español/Hispano/Latino (por ejemplo, Español, Salvadoreño, Dominicano, Colombiano) (especifique) \_\_\_\_\_

**La(s) raza(s) del Padre: ¿Cuál es su raza? (Por favor marque una o más razas para indicar su raza)**

- Blanco  
 Negro o Afro-Americano  
 Indio norteamericano o Nativo de Alaska (nombre de la tribu que está registrado o tribu principal) \_\_\_\_\_  
 Indio asiático  
 Chino  
 Filipino  
 Japonés  
 Coreano  
 Vietnamés  
 Otro Asiático (especifique) \_\_\_\_\_  
 Nativo de Hawai  
 Nativo de Guam o Chamorra  
 Samoano  
 Otro Isleño Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_  
 Otro (especifique) \_\_\_\_\_

**¿Se da permiso para proporcionar información de este formulario a la Administración de Seguro Social (SSA) para asignar un número de seguro social al hijo(a) y emitirle una tarjeta de SSA? (trace un círculo alrededor de uno) Sí No**

*Yo, el/la abajo firmante, por este medio certifico que la información que he proveído es una verdadera y correcta representación de los hechos de acuerdo a mi mejor conocimiento así como en conformidad con los Estatutos Revisados del Estado de Nebraska 71-649.*

Nombre del informante: \_\_\_\_\_ Relación/Parentesco al niño(a): \_\_\_\_\_

Firma del informante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

El número de historial médico de la madre (sólo para el uso del hospital): \_\_\_\_\_ página 4 de 4