



# Formulario de Registro de Nacimiento para el Estado de Washington

Mother's Medical Record #:		Child's Medical Record #:	
Plurality: <input type="checkbox"/> 1- single birth <input type="checkbox"/> 2- twin <input type="checkbox"/> 3- triplet <input type="checkbox"/> Other _____			
If multiple, this worksheet is for child: <input type="checkbox"/> 1- first born <input type="checkbox"/> 2- second born <input type="checkbox"/> 3- third born <input type="checkbox"/> Other _____			
<b>Información Sobre el Niño/a</b>			
<b>*1. Nombre del Niño/a</b>			
Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido
<b>*2. Fecha de nacimiento del niño/a (MM/DD/AAAA)</b> / /		3. Hora de nacimiento	4. Sexo del niño/a <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Tipo de Lugar de Nacimiento <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> En Casa-Planificado <input type="checkbox"/> En ruta <input type="checkbox"/> Clínica/Consultorio Medico <input type="checkbox"/> Centro de Partos Independiente <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):		6. Lugar de Nacimiento Planificado, si es diferente (Especifique):	
<b>*7. Nombre de la Institución</b> (si no es una institución, indique el nombre y la dirección del lugar)		<b>*8. Condado de Nacimiento</b>	<b>*9. Ciudad de Nacimiento</b>
<b>Información Sobre la Madre</b>			
10. Nombre Legal Actual de la Madre			
Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido
<b>*11. Nombre en el Acta de Nacimiento de la Madre</b>			
Primer Nombre		Segundo Nombre	Apellido/Apellido de Soltera
<b>*12. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)</b> / /		<b>*13. Lugar de Nacimiento</b> (Estado, Territorio, o País Extranjero)	14. Numero de Seguro Social
15. Quiere obtener un Numero de Seguro Social para su niño/a? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
16a. Domicilio: Numero y Calle (p. ej.: 624 SE 5 <sup>th</sup> St.)			No de Apt
16b. Si no es en E.U.; País		16c. Estado	16d. Condado
16e. Si vive en una reservación tribal, de el nombre		16f. Ciudad o Pueblo	16g. Código Postal + 4
16h. Dentro de los Limites de la Ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe		17. Tiempo que ha Vivido en su Domicilio Actual? Años:    Meses:	18. Numero de Teléfono (    )
19a Dirección de correo, si es diferente: Numero y Calle o PO Box:			No de Apt
19b. Si no es en E.U. ;País		19c. Estado	19d. Ciudad
19e. Código Postal + 4		20. Ocupación (tipo de trabajo hecho durante el ultimo año)	
21. Tipo de Negocio/Industria (no utilice el nombre de la compañía)		22. Educación de la Madre (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto completado a la hora del parto.)	
23. Es la Madre de Origen Hispano? (Marque la casilla que mejor indique si la madre es Española/Hispana/Latina o marque la casilla "No" si no es Española/Hispana/Latina.)		24. Raza de la Madre (marque una o más casillas)	
1 <input type="checkbox"/> No, no es Española/Hispana/Latina		1 <input type="checkbox"/> Blanca	
2 <input type="checkbox"/> Si, es Mexicana, Mexicana Americana, o Chicana		2 <input type="checkbox"/> Negra o Africana-Americana	
3 <input type="checkbox"/> Si, es Puertorriqueña		3 <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska (Nombre de la tribu inscrita o principal)	
4 <input type="checkbox"/> Si, es Cubana		4 <input type="checkbox"/> India Asiática    5 <input type="checkbox"/> China	
5 <input type="checkbox"/> Si, es de otro origen Española/Hispana/Latina (Especifique):		6 <input type="checkbox"/> Filipina    7 <input type="checkbox"/> Japonesa	
		8 <input type="checkbox"/> Coreana    9 <input type="checkbox"/> Vietnamita	
		10 <input type="checkbox"/> Otra Asiática (Especifique):	
		11 <input type="checkbox"/> Hawaiana Nativa    12 <input type="checkbox"/> Guamaniana or Chamorro	
		13 <input type="checkbox"/> Samoana	
		14 <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacifico (Especifique):	
		15 <input type="checkbox"/> Otra (Especifique):	

Continúe en la próxima pagina

Información Sobre la Madre	25. Estatura de la Madre Pies: _____ Pulgadas: _____	26. Peso de la Madre Antes del Embarazo (Libras)	27. Recibió la madre alimentos WIC para sí misma durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	28. Uso de cigarrillos antes y después del embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Numero promedio de cigarrillos o de paquetes por día: # of cigarettes # of packs	
		Tres veces antes del embarazo _____ or _____	
		Primer trimestre del embarazo _____ or _____	
		Segundo trimestre del embarazo _____ or _____	
		Ultimo trimestre del embarazo _____ or _____	

**Estado Marital de la Madre**

29. Está casada la madre? (Marque una casilla solamente)

**Importante – Lea antes de responder a la pregunta del estado marital (civil).**

*Si estaba casada en cualquier momento durante su embarazo, su cónyuge o pareja se considera el otro padre legal al menos que él o ella complete una negación de paternidad y otro hombre reconozca que él es el padre. (capítulo 26.26 RCW). Para agregar a alguien que no sea su cónyuge o pareja al acta de nacimiento, un reconocimiento y una negación de paternidad se tienen que completar para toda la gente implicada (forma de DOH 422-032). Bajo la ley del Estado de Washington, una asociación domestica registrada con el estado se considera lo mismo que un matrimonio. (capítulo 26.60 RCW).*

*Si no estaba casada en cualquier momento durante su embarazo, un reconocimiento de paternidad se debe completar para agregar el padre al acta de nacimiento.*

<b>Casada - Si</b>		<b>Casada - No</b>	
29a. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada con el otro padre identificado en la casilla #30.		29d. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada y estoy proveyendo información del padre en la casilla #30.	
		<i>Pregunte al personal del hospital por el formulario (# DOH 422-032) de Reconocimiento de Paternidad. Si estaba casada en cualquier momento durante el embarazo y su cónyuge previo no es el padre identificado en la casilla #27, el cónyuge deberá completar la Negación de Paternidad</i>	
29b. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada pero no con la persona identificada en la casilla #30.		29e. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada ahora, pero estaba casada con el otro padre identificado en la casilla #30 en algún momento durante este embarazo.	
		<i>Pregunte al personal del hospital por el formulario (# DOH 422-032) de Reconocimiento de Paternidad. Debe completar este formulario, incluyendo la Negación de Paternidad del cónyuge.</i>	
29c. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada pero rehusó proveer la información del cónyuge o pareja.		29f. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada y rehusó proveer la información del padre.	
		<i>Si se marca esta casilla, el otro padre se listara en el acta de nacimiento como "None Named".</i>	

**Información del Padre/ Padres**

<b>*30. Nombre Legal Actual del Padre</b>		
Primer Nombre _____	Segundo Nombre _____	Apellido _____
<b>*31. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)</b> ____/____/____	<b>*32. Lugar de Nacimiento</b> (Estado, Territorio, o País Extranjero)	<b>33. Numero de Seguro Social</b>
<b>34. Ocupación</b> (tipo de trabajo hecho durante el ultimo año)		<b>35. Tipo de Negocio/Industria</b> (no utilice el nombre de la compañía)
<b>36. Educación del Padre/ Padres</b> (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto completado a la hora del parto.)	<b>37. Es el Padre/ Padres de Origen Hispano?</b> (Marque la casilla que mejor indique si el Padre/Padres es Español/Hispano/Latino o marque la casilla "No" si no es Español/Hispano/Latino.)	<b>38. Raza del Padre/ Padres</b> (marque una o más casillas)
1 <input type="checkbox"/> 8 <sup>th</sup> año o menor (Especifique): _____ 2 <input type="checkbox"/> del 9 <sup>th</sup> - 12 <sup>th</sup> año; sin diploma 3 <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o equivalente (GED) 4 <input type="checkbox"/> Algunos estudios superiores, pero sin diploma 5 <input type="checkbox"/> Título de asociado (AA, AS, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Licenciatura (BA, AB, BS, etc.) 7 <input type="checkbox"/> Maestría (MA, MS, MEd, MSW, MBA, etc.) 8 <input type="checkbox"/> Doctorado (PhD, EdD, etc.) o título profesional (MD, DDS, DVM, LLB, JD, etc.)	1 <input type="checkbox"/> No, no es Español/Hispano/Latino 2 <input type="checkbox"/> Si, es Mexicano, Mexicano Americano, o Chicano 3 <input type="checkbox"/> Si, es Puertorriqueño 4 <input type="checkbox"/> Si, es Cubano 5 <input type="checkbox"/> Si, es de otro origen Español/Hispano/Latino (Especifique): _____	1 <input type="checkbox"/> Blanco 2 <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano 3 <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (Nombre de la tribu inscrita o principal) 4 <input type="checkbox"/> Indio Asiático      5 <input type="checkbox"/> Chino 6 <input type="checkbox"/> Filipino              7 <input type="checkbox"/> Japonés 8 <input type="checkbox"/> Coreano                9 <input type="checkbox"/> Vietnamita 10 <input type="checkbox"/> Otro Asiático (Especifique): _____ 11 <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo    12 <input type="checkbox"/> Guamaniano or Chamorro 13 <input type="checkbox"/> Samoano 14 <input type="checkbox"/> Otro de las islas del Pacifico (Especifique): _____ 15 <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____

**Signature**

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Acepto que la información anterior es precisa

\* Solo estos artículos se mostrarán en el Certificado Legal. Sin embargo, todos los artículos son requeridos por ley. (RCW 70.58.080).

Para uso del hospital solamente		
Información estadística de la madre		
39. Fecha de la <u>primera</u> visita de atención prenatal (MM/DD/AAAA) / / <input type="checkbox"/> Sin atención prenatal	40. Fecha de la <u>última</u> visita de atención prenatal (MM/DD/AAAA) / /	41. Número total de visitas prenatales para este embarazo (Si no tuvo ninguna, escriba "0") _____
42. Cantidad de niños nacidos vivos anteriores (Sin incluir este niño) Cantidad que están vivos ahora ___ <input type="checkbox"/> Ninguno Cantidad que murieron _____ <input type="checkbox"/> Ninguno	43. Fecha del último niño nacido vivo (MM/AAAA) (Sin incluir a este niño)	44. Cantidad de otros resultados de los embarazos (Pérdidas espontáneas o inducidas, o embarazos ectópicos) Cantidad de otros resultados _____ <input type="checkbox"/> Ninguno
45. Fecha del último otro resultado de un embarazo (MM/AAAA) / /	46. Fecha en que comenzó la última menstruación normal (MM/DD/AAAA) / /	47. Peso de la madre en el momento del parto (libras)
48. ¿La madre fue transferida a un nivel superior de atención por indicaciones médicas maternas o fetales para el parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre del centro desde el que se transfirió a la madre: _____	49. Fuente principal de pago para este parto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otra fuente del gobierno <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Salud indígena <input type="checkbox"/> Atención de caridad <input type="checkbox"/> Otro _____	
Información estadística de la madre		
50. Peso al nacer Libras: _____ Onzas: _____ o Gramos: _____	51. Circunferencia de la cabeza del bebé (cm)	52. Estimación obstétrica de la gestación (semanas completadas)
53. Puntuación de Apgar a los 5 minutos _____ Si la puntuación es inferior a 6, anote a los 10 minutos _____		
54. Pluralidad: <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Gemelos <input type="checkbox"/> Trillizos <input type="checkbox"/> Otros _____	55. Si no es un nacimiento de un solo bebé; Orden de nacimiento: <input type="checkbox"/> Primero <input type="checkbox"/> Segundo <input type="checkbox"/> Tercero <input type="checkbox"/> Otro _____	
56. ¿El bebé fue transferido dentro de las 24 horas posteriores al parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre del centro al que se transfirió al bebé: _____	57. ¿Está vivo el bebé en el momento del informe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Transferido, estado desconocido	58. ¿El bebé está siendo amamantado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información médica y de salud		
59. Factores de riesgo en este embarazo (marque todos los que correspondan): 1 <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Preembarazo (Diagnóstico previo a este embarazo) <input type="checkbox"/> Gestacional (Diagnóstico en este embarazo) 2 <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Preembarazo (crónico) <input type="checkbox"/> Gestacional (PIH, preeclampsia) <input type="checkbox"/> Eclampsia 3 <input type="checkbox"/> Nacimientos prematuros anteriores 4 <input type="checkbox"/> Otro embarazo previo con un mal resultado (incluye muerte perinatal, pequeño para la edad gestacional/crecimiento intrauterino nacimiento restringido) 5 <input type="checkbox"/> Sangrado vaginal durante este embarazo antes del inicio del trabajo de parto 6 <input type="checkbox"/> El embarazo fue el resultado de un tratamiento de infertilidad - En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Medicamentos para mejorar la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina <input type="checkbox"/> Tecnología de reproducción asistida [p. ej., fertilización in vitro (FIV), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT)] 7 <input type="checkbox"/> ¿La madre tuvo un parto por cesárea anterior? En caso afirmativo, ¿cuántos? _____ 8 <input type="checkbox"/> Cultivo de estreptococos del grupo B positivo 9 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	60. Infecciones presentes y/o tratadas durante este embarazo (marque todo lo que corresponda): 1 <input type="checkbox"/> Gonorrea 2 <input type="checkbox"/> Sífilis 3 <input type="checkbox"/> Virus del herpes simple (VHS) 4 <input type="checkbox"/> Clamidia 5 <input type="checkbox"/> Hepatitis B 6 <input type="checkbox"/> Hepatitis C 7 <input type="checkbox"/> Infección por VIH 8 <input type="checkbox"/> Otra _____ Especificar: _____ 9 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	61. Morbilidad materna (complicaciones asociadas con el trabajo de parto y el parto) (Marque todo lo que corresponda): 1 <input type="checkbox"/> Transfusión materna 2 <input type="checkbox"/> Laceración perineal de tercer o cuarto grado 3 <input type="checkbox"/> Ruptura del útero 4 <input type="checkbox"/> Histerectomía no planificada 5 <input type="checkbox"/> Ingreso a la unidad de cuidados intensivos 6 <input type="checkbox"/> Procedimiento de quirófano no planificado después del parto 7 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
62. Método de parto A. ¿Se intentó el parto con fórceps pero no se tuvo éxito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No B. ¿Se intentó el parto con extracción por vacío pero no se tuvo éxito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No C. Presentación fetal al nacer <input type="checkbox"/> Cefálico <input type="checkbox"/> De nalgas <input type="checkbox"/> Otro D. Ruta final y método de parto (Marque una) <u>Vaginal</u> : <input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> Vacío <u>O</u> <u>Cesárea</u> : <input type="checkbox"/> En caso de cesárea, ¿se intentó realizar el trabajo de parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	63. Procedimientos obstétricos (Marque todas las que correspondan): 1 <input type="checkbox"/> Cerclaje cervical 2 <input type="checkbox"/> Tocólisis 3 <input type="checkbox"/> Versión cefálica externa: <input type="checkbox"/> Exitoso <input type="checkbox"/> Fallido 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores 64. Inicio del trabajo de parto (Marque todas las que correspondan): 1 <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de las membranas (Prolongado, ≥ 12 h) 2 <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado (< 3 h) 3 <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado (≥ 20 h) 4 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	65. Características del trabajo de parto y el parto (Marque todas las que correspondan): 1 <input type="checkbox"/> Inducción del trabajo de parto 2 <input type="checkbox"/> Aumento del trabajo de parto 3 <input type="checkbox"/> Presentación no cefálica 4 <input type="checkbox"/> Anestesia epidural o raquídea durante el trabajo de parto 5 <input type="checkbox"/> Esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar fetal recibidos por la madre antes del parto 6 <input type="checkbox"/> Antibióticos recibidos por la madre durante el trabajo de parto 7 <input type="checkbox"/> Corioamnionitis clínica diagnosticada durante el trabajo de parto o temperatura materna ≥ 38 °C (100.4 °F) 8 <input type="checkbox"/> Tinción moderada/pesada del meconio del líquido amniótico 9 <input type="checkbox"/> Intolerancia fetal al trabajo de parto tal que se realizaron una o más de las siguientes acciones: medidas de reanimación en el útero, evaluación fetal adicional o parto quirúrgico 10 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
66. <u>Anormal</u> Afecciones del recién nacido (Que ocurren dentro de las 24 horas del parto) (marque todas las que correspondan): 1 <input type="checkbox"/> Se requiere ventilación asistida inmediatamente después del parto 2 <input type="checkbox"/> Se requiere ventilación asistida durante más de seis horas 3 <input type="checkbox"/> Admisión a la UCIN 4 <input type="checkbox"/> El recién nacido recibió terapia de reemplazo de surfactante 5 <input type="checkbox"/> El recién nacido recibió antibióticos para la sepsis neonatal sospechada 6 <input type="checkbox"/> Convulsiones o disfunción neurológica grave 7 <input type="checkbox"/> Lesión significativa de nacimiento (fractura(s) esquelética(s), lesión de los nervios periféricos, hemorragia de tejidos blandos u órganos sólidos que requiere intervención) 8 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores	67. Anomalías congénitas del recién nacido (Observadas dentro de las 24 horas del parto) (Marque todas las que correspondan): 1 <input type="checkbox"/> Anencefalia 2 <input type="checkbox"/> Meningocele / Espina bífida 3 <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita cianótica 4 <input type="checkbox"/> Hernia diafragmática congénita 5 <input type="checkbox"/> Onfalocelo 6 <input type="checkbox"/> Gastroquisis 7 <input type="checkbox"/> Defecto de reducción de extremidades (excluida la amputación congénita y síndrome de enanismo)	8 <input type="checkbox"/> Labio leporino con o sin paladar hendido 9 <input type="checkbox"/> Paladar hendido solo 10 Síndrome de Down <input type="checkbox"/> Cariotipo confirmado <input type="checkbox"/> Cariotipo pendiente 11 Trastorno cromosómico <input type="checkbox"/> Cariotipo confirmado <input type="checkbox"/> Sospechado, cariotipo pendiente 12 <input type="checkbox"/> Hipospadias 13 <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
Información del asistente y certificador		
68. Certificador - Nombre y Cargo	69. Fecha de certificación (MM/DD/AAAA) / /	
70. Asistente - Nombre y cargo (Si es alguien que no es el Certificador)	71. NPI de la persona que asiste el parto del bebé:	