# Formulario de Registro de Nacimiento para el Estado de Washington

## Información sobre el niño

*1. Primer nombre

*2. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /

Segundo nombre

*3. Hora de nacimiento (24 horas)

APELLIDO

Sufijo (Sr., Jr., II, III, etc.)

4a. Tipo de lugar de nacimiento (especifique el tipo)
1 ☐ Hospital 2 ☐ En ruta 3 ☐ Centro de partos independiente
4 ☐ Clínica / Consultorio médico 5 ☐ En casa – Planificado ☐ Sí ☐ No
6 ☐ Otro (especifique)

4b. Lugar de nacimiento planificado, si es diferente
Especifique:

5. Sexo
☐ Masculino ☐ Femenino

*6. Nombre de la institución (si no es una institución, indique el nombre y la dirección del lugar)

*7. Ciudad, pueblo o localidad del nacimiento

*8. Condado de nacimiento

## Información sobre la madre

*9. Nombre de la madre antes de su primer matrimonio
Primer nombre

*10. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /

Segundo nombre

*11. Lugar de nacimiento (estado, territorio o país extranjero)

APELLIDO

12. Número de seguro social de la madre

13. Apellido legal actual de la madre, si es diferente del anterior

14. ¿Quiere Usted un Número de Seguro Social para su bebé? ☐ Sí ☐ No

15. ¿Está casada la madre con el padre? ☐ Sí ☐ No

Si respondió que NO: ¿Estaba casada la madre con cualquier otra persona durante este embarazo? ☐ Sí ☐ No
¿Se ha firmado la declaración de paternidad? ☐ Sí ☐ No

16a. Domicilio: número y calle (p. ej.: 624 SE 5th St.)

Número de apartamento

16b. Ciudad o pueblo

16c. Condado

16d. Si vive en una reservación tribal, dé el nombre

16e. Estado o país extranjero

16f. Código postal + 4

16g. ¿Dentro de los límites de la ciudad?
☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

17. Número de teléfono
( ) -

18. Tiempo que ha vivido en su domicilio actual
Años: Meses:

19. Dirección de correo de la madre, si es diferente: Número y calle:

Número de apartamento

Ciudad o pueblo: Estado: Código postal:

20. Educación de la madre (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto de la madre.)
1 ☐ 8th año o menor (especifique) _____
2 ☐ del 9th al 12th año; sin diploma
3 ☐ Graduada de la escuela secundaria o equivalente (GED)
4 ☐ Algunos estudios superiores, pero sin diploma
5 ☐ Título de asociado (p. ej.: AA, AS)
6 ☐ Licenciatura (p. ej.: BA, AB, BS)
7 ☐ Maestría (p. ej.: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
8 ☐ Doctorado (p. ej.: PhD, EdD) o título profesional (p. ej.: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

21. ¿Es la madre de origen hispano?
(Marque la casilla que mejor indique si la madre es española/hispana/latinoamericana o marque la casilla "No" (la madre no es española/hispana/latinoamericana)
1 ☐ No, no es española/hispana/latinoamericana
2 ☐ Sí, es mexicana, mexicano-americana o chicana
3 ☐ Sí, es puertorriqueña
4 ☐ Sí, es cubana
5 ☐ Sí, es de otro origen español/hispano/latinoamericano (especifique):

22. Raza de la madre (Marque una o más casillas para indicar la raza de la que la madre considera que es).
☐ Blanca ☐ Negra o africano-americana
☐ India americana o nativa de Alaska (Nombre de la tribu inscrita o principal)
☐ India asiática ☐ China
☐ Filipina ☐ Japonesa
☐ Coreana ☐ Vietnamesa
☐ Otra asiática (especifique)
☐ Hawaiana nativa ☐ Guamaniana / Chamorro
☐ Samoana
☐ Otra de las islas del Pacífico (especifique):
☐ Otra (especifique):

23. Ocupación (Indique el tipo de trabajo que ha hecho durante el año pasado)

24. Clase de negocio / Industria (NO mencione el nombre de la compañía)

## Información sobre el padre

*25. Primer nombre legal actual del padre
Primer nombre

*26. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) / /

Segundo nombre

*27. Lugar de nacimiento (estado, territorio o país extranjero)

APELLIDO Sufijo

28. Número de seguro social del padre

29. Educación del padre (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto del padre.)
1 ☐ 8th año o menor (especifique) _____
2 ☐ del 9th al 12th año; sin diploma
3 ☐ Graduado de la escuela secundaria o equivalente (GED)
4 ☐ Algunos estudios superiores, pero sin diploma
5 ☐ Título de asociado (p. ej.: AA, AS)
6 ☐ Licenciatura (p. ej.: BA, AB, BS)
7 ☐ Maestría (p. ej.: MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
8 ☐ Doctorado (p. ej.: PhD, EdD) o título profesional (p. ej.: MD, DDS, DVM, LLB, JD)

30. ¿Es el padre de origen hispano?
(Marque la casilla que mejor indique si el padre es español/hispano/latinoamericano o marque la casilla "No" (el padre no es español/hispano/latinoamericano)
1 ☐ No, no es español/hispano/latinoamericano
2 ☐ Sí, es mexicano, mexicano-americano o chicana
3 ☐ Sí, es puertorriqueño
4 ☐ Sí, es cubano
5 ☐ Sí, es de otro origen español/hispano/latinoamericano (especifique):

31. Raza del padre (Marque una o más casillas para indicar la raza de la que el padre considera que es).
☐ Blanca ☐ Black or African American
☐ India americana o nativa de Alaska (Nombre de la tribu inscrita o principal)
☐ India asiática ☐ China
☐ Filipina ☐ Japonese
☐ Coreana ☐ Vietnamita
☐ Otra asiática (especifique)
☐ Hawaiana nativa ☐ Guamaniana / Chamorro
☐ Samoana
☐ Otra de las islas del Pacífico (especifique):
☐ Otra (especifique):

32. Ocupación (Indique el tipo de trabajo que ha hecho durante el año pasado)

33. Clase de negocio / industria (NO mencione el nombre de la compañía)

**Firma opcional:**

Concuerdo que la información anterior es correcta: Fecha:

* *Sólo estos datos figurarán en el Certificado Legal. Sin embargo, se requiere todos los datos por la ley* ***(RCW 70.58.080).***

## Información estadística sobre la madre

**34.** Número del registro médico de la madre

**35.** Peso de la madre antes del embarazo (Libras)

**36.** Peso de la madre en el momento del parto (Libras)

**37.** Estatura de la madre
Pies: Pulgadas:

**38.** ¿Recibió la madre alimentos WIC para sí misma durante el embarazo?
☐ Sí ☐ No

**39.** Uso de cigarrillos antes y durante el embarazo
Si no se usaron, escriba "0"

Número promedio de cigarrillos o de paquetes por día

| | Nº de cigarrillos | | Nº de paquetes |
|---|---|---|---|
| Tres meses antes del embarazo | _____ | O | _____ |
| Primer trimestre del embarazo | _____ | O | _____ |
| Segundo trimestre del embarazo | _____ | O | _____ |
| Último trimestre del embarazo | _____ | O | _____ |

**40a.** Número de hijos nacidos vivos
(Sin contar este hijo):

Que todavía viven _____ ☐ Ninguno

Fallecidos _____ ☐ Ninguno

**41a.** Embarazos con otros resultados
(Abortos espontáneos o inducidos, o embarazos ectópicos)

Número de otros embarazos _____ ☐ Ninguno

**40b.** Fecha de nacimiento del último hijo nacido vivo (MM/AAAA)
(NO incluye este hijo)
/

**41b.** Fecha de terminación del último embarazo con otro resultado (MM/AAAA)
/

**42a.** Fecha de la primera visita para cuidados prenatales (MM/AAAA)
/ / ☐ Ningún cuidado prenatal

**42b.** Fecha de la última visita para cuidados prenatales (MM/AAAA)
/ /

**43.** Número total de visitas prenatales para este embarazo
(Si no hubo, escriba '0')_____

**44**. Fecha de comienzo de la última menstruación normal (MM/AAAA)
/ /

**45.** ¿Fue trasladada la madre a un nivel más alto de cuidado para el parto, debido a indicaciones maternas, médicas o del feto?
☐ Sí ☐ No Si es así, indique la institución desde la cual la madre fue transferida:

**46.** Forma principal de pago por este parto:
☐ Medicaid ☐ Pagado por el paciente ☐ Seguro privado
☐ Indian Health (Plan de salud para Americanos Nativos) ☐ TRICARE ☐ Otro programa gubernamental
☐ Otro (especificar) _____

## Información estadística sobre el recién nacido

**47.** Número del registro médico del recién nacido

**48.** Peso al nacer
libras: onzas: **o** gramos:

**49.** Circunferencia de la cabeza del bebé
(cm)

**50.** Estimación obstétrica de la gestación (semanas cumplidas)

**51.** Evaluación APGAR a los 5 minutos: _____
Si fue menos de 6, reevaluación a los 10 minutos: _____

**52.** Pluralidad: un sólo bebé, mellizos, trillizos, etc.(Especifique)

**53.** Si nació más de un bebé, indique el orden (1st, 2nd, 3rd, etc)

**54.** ¿Se trasladó al bebé dentro de las 24 horas después del parto? ☐ Sí ☐ No
Si es así, indique la institución a la cual fue transferido:

**55.** ¿Vive el bebé en el momento en que se prepara este informe?
☐ Sí ☐ No ☐ Trasladado, se desconoce su condición

**56.** ¿Se está amamantando al bebé?
☐ Sí ☐ No

## Información médica y de salud

**57.** Factores de riesgo en este embarazo (Marque todos los que se apliquen):

1 ☐ Diabetes
- ☐ Preembarazo (diagnóstico antes del embarazo)
- ☐ Gestacional (diagnóstico durante el embarazo)

2 ☐ Hipertensión
- ☐ Eclampsia
- ☐ Preembarazo (crónica)
- ☐ Gestacional (PIH, preeclampsia, eclampsia)

3 ☐ Partos prematuros anteriores

4 ☐ Resultados indeseados en embarazos anteriores
(Incluye muerte prenatal, tamaño pequeño para la edad gestacional, crecimiento intrauterino restringido)

5 ☐ Hemorragia vaginal durante el embarazo, antes del inicio del parto

6 ☐ Embarazo que resultó de tratamientos para infertilidad
En caso afirmativo – marque lo que corresponda:
- ☐ Drogas para mejorar la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina
- ☐ Technologia de reproducción asistida (por ejemplo, la fertilizacion in vitro (FIV), transferencia intratubárica de gametos (GIFT)

7 ☐ ¿Ha tenido la madre antes un parto por cesárea?
Si as así, ¿cuántos?_____

9 ☐ Ninguno de los anteriores

**58.** Método de parto

**A.** ¿Se intentó, sin éxito, realizar el parto con fórceps?
☐ Sí ☐ No

**B.** ¿Se intentó, sin éxito, realizar el parto con extracción por aspiración?
☐ Sí ☐ No

**C.** Presentación del feto:
☐ De cabeza ☐ De nalgas ☐ Otra

**D.** Vía final y método de parto (marcar una):
Vaginal: ☐ Espontánea
☐ Fórceps
☐ Aspiración
**O** bien,
Cesárea: ☐
En el caso de un parto por cesárea, ¿se intentó realizar un parto vaginal?
☐ Sí
☐ No

**59.** Infecciones presentes y/o tratadas durante este embarazo
(Marque todas las que se apliquen):

1 ☐ Gonorrea
2 ☐ Sífilis
3 ☐ Virus herpes simplex (HSV)
4 ☐ Clamidia
5 ☐ Hepatitis B
6 ☐ Hepatitis C
7 ☐ Infección VIH
8 ☐ Otra
Especifique::_____
9 ☐ Ninguna de las anteriores

**60.** Procedimientos obstétricos
(Marque todos los que se apliquen):

1 ☐ Cerclaje cervical
2 ☐ Tocolisis
3 ☐ Versión cefálica externa
- ☐ Con éxito
- ☐ Sin éxito

4 ☐ Ninguno de los anteriores

**61.** Condiciones anormales del recién nacido
(Ocurridos dentro de las 24 horas después del parto) (Marque todas las que se apliquen):

1 ☐ Ventilación asistida requerida inmediatamente después del parto
2 ☐ Ventilación asistida requerida durante más de seis horas
3 ☐ Admisión a NICU (cuidados intensivos neonatales)
4 ☐ Administración, con éxito, de terapia de reemplazo de surfactantes
5 ☐ Antibióticos administrados al recién nacido por sepsis neonatal sospechada
6 ☐ Convulsiones o trastornos neurológicos graves
7 ☐ Lesiones significativas del parto (fracturas esqueléticas, lesiones de los nervios periféricos, hemorragia de tejidos blandos o de órganos sólidos que requiere intervención)
8 ☐ Ninguna de las anteriores

**62.** Características del trabajo de parto y del parto
(Marque todas las que se apliquen):

1 ☐ Inducción del parto
2 ☐ Aceleración del parto
3 ☐ Presentación no "de vértice"
4 ☐ Anestesia epidural o de la espina dorsal durante el parto
5 ☐ Esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar del feto recibidos por la madre antes del parto
6 ☐ Antibióticos recibidos por la madre durante el parto
7 ☐ Corioamnionitis clínica diagnosticada durante el parto, o temperatura materna ≥38°C (100.4°F)
8 ☐ Descoloramiento moderado/marcado del fluido amniótico por meconio
9 ☐ Intolerancia fetal del parto, al grado que se hizo necesario tomar una de las siguientes medidas:
resucitación intrauterina, evaluación adicional del feto, o parto quirúrgico
10 ☐ Ninguna de las anteriores

**63.** Anomalías congénitas del recién nacido
(Observadas dentro de las 24 horas después del parto)
(Marque todas las que se apliquen)

1 ☐ Anencefalía
2 ☐ Meningomielocele / espina bífida
3 ☐ Enfermedad cardíaca cianótica congénita
4 ☐ Hernia diafragmática congénita
5 ☐ Onfalelcosis
6 ☐ Gastrosquisis
7 ☐ Reducción de extremidades (Excluyendo la amputación congénita y el síndrome de enanismo)
8 ☐ Labio leporino, con o sin fisura del paladar
9 ☐ Sólo fisura del paladar
10 ☐ Síndrome Down
- ☐ Carotipo confirmado
- ☐ Carotipo pendiente

11 ☐ Defecto cromosomal
- ☐ Carotipo confirmado
- ☐ Sospechado, carotipo pendiente

12 ☐ Hipospadias
13 ☐ Ninguna de las anteriores

**64.** Morbosidad materna (complicaciones asociadas con el trabajo de parto y con el parto)
(Marque todas las que se apliquen)

1 ☐ Transfusión materna
2 ☐ Laceración del perineo de tercer o cuarto grado
3 ☐ Ruptura del útero
4 ☐ Histerectomía no planificada
5 ☐ Admisión a la unidad de cuidados intensivos
6 ☐ Procedimiento quirúrgico no planificado después del parto
7 ☐ Ninguna de las anteriores

**65.** Inicio del parto
(Marque todas las que se apliquen)

1 ☐ Ruptura prematura de las membranas (prolongada, ≥ 12 horas)
2 ☐ Parto precipitado (≤ 3 horas)
3 ☐ Parto prolongado (≥ 20 horas)
4 ☐ Ninguna de las anteriores

## Información sobre los que asistieron en el parto y que lo certifican

**66.** Nombre y título del que certifica

**67.** Fecha de certificación (MM/DD/AAAA)
/ /

**68.** Nombre y titulo del que asistió en el parto (Si es diferente del que certifica):

**69.** NPI de la persona que asistió en el parto:

Washington State Department of Health