

Hoja de trabajo oficial de la madre biológica para establecer el certificado legal de nacimiento vivo

SOLO PARA USO DEL HOSPITAL – PEGAR AQUÍ LA ETIQUETA DE LA MADRE Y EL BEBÉ

Nombre del Hospital _____
N.º de registro médico de la madre _____
N.º de registro médico del bebé _____
Fecha de nacimiento del bebé _____
Parto múltiple _____ Orden de nacimiento _____
Fecha ingresada en EBRS y personal _____

Esta información se utilizará para establecer el certificado de nacimiento legal de su bebé. El Certificado de Nacimiento Vivo establece la identidad legal, la edad, la paternidad y la ciudadanía estadounidense de su bebé. Esta hoja de trabajo es confidencial y no se revelará públicamente. Esta información puede ser utilizada para investigaciones y actividades de salud pública que ayuden a mejorar la salud materno-infantil.

Complete esta hoja de trabajo con precisión y lo mejor que pueda. Esta hoja de trabajo debe completarse en el centro de maternidad dentro de un plazo de siete días a partir de la fecha de nacimiento del bebé. Si no se proporciona la hoja de trabajo de nacimiento dentro del plazo de siete días, el registro de nacimiento del bebé se establecerá con la información proporcionada por el centro de maternidad. Si esto ocurre, se requerirá una orden de la Corte para cambiar el registro de nacimiento. Escriba claramente con tinta negra o azul oscuro. Si es necesario, solicite ayuda al personal del hospital.

*La madre biológica puede nombrar al bebé como desee, siempre y cuando los caracteres sean **LETRAS** de un teclado QWERTY (inglés). También se puede utilizar un apóstrofe, guion y espacios. No se permiten: apodos, abreviaturas, caracteres especiales, incluidos signos diacríticos o acentos, o cualquier nombre entre comillas o paréntesis. Cualquier cambio de nombre del bebé requerirá una orden de la corte de Cambio Legal de Nombre para cambiar el nombre después del registro.*

El **primer y el segundo nombre** del menor pueden establecerse después de que se haya registrado el certificado de nacimiento y antes del primer cumpleaños del bebé. Comuníquese con el Bureau of Health Statistics para obtener información sobre cómo establecer correctamente el primer y el segundo nombre del bebé después de que se haya registrado el certificado de nacimiento. Si la madre biológica o los padres deciden ponerle nombre al bebé después de que se haya establecido el registro de nacimiento y antes del primer nacimiento del bebé, el número de seguro social no se emitirá hasta que se le ponga nombre al bebé. Se requerirá una orden de la corte de Cambio Legal de Nombre si el primer y el segundo nombre no se establecen antes del primer cumpleaños del menor.

BEBÉ

Ingrese la información del bebé

1. Nombre legal del bebé, como debería aparecer en el certificado de nacimiento.

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

si lo hay

APELLIDO

SUFIJO GENERACIONAL (Jr., II, III, IV, etc.)

si lo hay

MADRE BIOLÓGICA*Ingrese la información de la madre biológica***TÍTULO PARENTAL PREFERIDO** (Marque una opción)☐ Madre☐ Padre**2. Nombre legal actual de la madre biológica**

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

si lo hay

APELLIDO

3. Residencia actual de la madre biológica (ubicación física real del hogar residencial de la madre biológica)

Dirección física – Número y calle

N.º de apartamento, suite,
unidad o lote

País (Estados Unidos o nombre de país extranjero)

Estado, territorio de EE. UU. o provincia
canadiense

Ciudad

Condado

Código postal

¿Ubicado dentro de los límites de
una ciudad o pueblo incorporado?
(Marque una opción)☐ Sí☐ No☐ DesconocidoN.º de teléfono (incluido el
código de área)**4. Dirección postal de la madre biológica**☐ **Igual que la residencia** (verifique si las direcciones postal y de residencia son las mismas y
responda el ítem 5) Complete a continuación solo si la dirección postal de la madre biológica es
diferente de su dirección de residencia.

Número y calle, o apartado postal

N.º de apartamento, suite,
unidad o lote

País (Estados Unidos o nombre de país extranjero)

Estado, territorio de EE. UU. o provincia
canadiense

Ciudad

Código postal

5. Lugar de nacimiento de la madre biológica

País

Estado, territorio de EE. UU. o provincia
canadiense**6. Fecha de nacimiento de la madre biológica**

Mes

Día

Año

7. Idioma principal o preferido de la madre☐ Inglés☐ Otra (especifique) _____

8. Nivel de escolaridad que mejor describe la educación de la madre biológica en este momento
(marque una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos | <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) |
| <input type="checkbox"/> 9.º – 12.º grado; no graduada | <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DO, DDS, DVM, LLB, JD) |
| <input type="checkbox"/> Graduada de escuela secundaria o GED equivalente | <input type="checkbox"/> Escuela técnica/de estudios superiores |
| <input type="checkbox"/> Créditos universitarios, pero sin título | |
| <input type="checkbox"/> Título de asociado (p. ej., AA, AS) | |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) | |

9. ¿Es la madre biológica de origen español/hispano/latino? (Marque Sí o No. Si es sí, especifique.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no es de origen español/hispano/latino | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Mexicana, mexicoamericana, chicana | <input type="checkbox"/> Puertorriqueña |
| | <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

10. Raza a la que la madre biológica se autopercibe

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Afroamericana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Nativa americana o nativa de Alaska | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique) _____ |
| <i>Especificar tribu</i> _____ | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otra raza de las Islas del Pacífico (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ |

11. La madre biológica recibió alimentos del WIC para ella durante este embarazo

- | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Desconocido | |

12. Cantidad de cigarrillos que fumó la madre biológica en un día promedio antes y durante este embarazo

Si no fumó durante alguno de los períodos que se indican, ingrese "0".
(1 paquete = 20 cigarrillos)

Tres meses <u>antes</u> del embarazo	# _____
Primeros tres meses de embarazo	# _____
Segundos tres meses de embarazo	# _____
Últimos tres meses de embarazo	# _____

12a. Uso de vapeadores/cigarrillos electrónicos antes y durante este embarazo

(Marque todas las opciones que correspondan)

Tres meses <u>antes</u> del embarazo	<input type="checkbox"/>
Primeros tres meses de embarazo	<input type="checkbox"/>
Segundos tres meses de embarazo	<input type="checkbox"/>
Últimos tres meses de embarazo	<input type="checkbox"/>

13. Altura de la madre biológica		14. Peso de la madre biológica antes de quedar embarazada de este bebé
Pies	Pulgadas	Libras o peso aproximado registrado en la visita prenatal durante el primer trimestre

ESTADO CIVIL DE LA MADRE BIOLÓGICA — Se requiere para registrar el nacimiento vivo y establecer la paternidad

15a. ¿Ha estado casada la madre biológica alguna vez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es No, responda también el ítem 15c).	
15b. ¿Estaba la madre biológica casada legalmente cuando concibió a este bebé, cuando nació este bebé o en cualquier momento entre la concepción y el parto?	
<input type="checkbox"/> Sí (responder el ítem 16) <input type="checkbox"/> No (Si la respuesta es No, responda también el ítem 15c).	
144.13(2) Si la madre biológica estaba casada en el momento de la concepción, el nacimiento o en cualquier momento durante el período entre la concepción y el nacimiento, se registrará en el certificado el nombre del esposo como el padre del bebé, a menos que una Corte de jurisdicción competente haya determinado la paternidad de otra manera, en cuyo caso el Departamento registrará el nombre del padre determinado por la Corte.	
15c.	Si la respuesta es No, ¿se ha completado una Declaración Jurada Voluntaria de Paternidad con el presunto padre biológico y se han notariado las firmas aquí en el hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Una Declaración Jurada Voluntaria de Paternidad es un acuerdo mutuo entre una madre biológica que no está legalmente casada y el presunto padre biológico. Al completar este formulario, ambas partes aceptan que el hombre que firma la Declaración Jurada Voluntaria de Paternidad es el padre biológico y acepta ser legalmente responsable de este bebé. De conformidad con la ley de Iowa, si la madre biológica no está legalmente casada, la información del padre biológico solamente se puede agregar al certificado de nacimiento del bebé cuando se presenta una acción de paternidad legal ante el Bureau of Health Statistics del Iowa Department of Health and Human Services. La Declaración Jurada Voluntaria de Paternidad es una acción legal de paternidad, pero no requiere acudir a la Corte y la presentación no implica costo alguno. Si necesita ayuda con la Declaración Jurada, consulte con el personal del hospital.

16. Nombre completo de la madre como aparece en su certificado de nacimiento legal o como lo usaba antes de cualquier matrimonio (NOMBRE DE SOLTERA)

PRIMER NOMBRE
SEGUNDO NOMBRE <i>si lo hay</i>
APELLIDO <i>Apellido de soltera</i>

17. Número de Seguro Social de la madre biológica	La Ley Federal, 42 USC 405(c), sección 205(c) de la Ley del Seguro Social exige que los padres proporcionen la información de sus números de seguro social. Los números se ponen a disposición del Internal Revenue Service (Servicio de Impuestos Internos) para determinar el cumplimiento del Crédito Tributario por Ingreso del Trabajo en virtud de esta ley, así como del Iowa Department of Health and Human Services para la reparación de manutención infantil en virtud del capítulo 144.13(4b) de la ley de Iowa.
--	--

Las siguientes preguntas aplican **únicamente** al esposo legal de la madre biológica. Si la madre NO está legalmente casada, responda directamente el ítem 26 de la página siguiente.

ESPOSO

Ingrese la información del esposo; responda solamente si la madre biológica está legalmente casada con él

TÍTULO PARENTAL PREFERIDO (Marque una opción)

☐ Padre ☐ Madre ☐ Progenitor

18a. Nombre legal actual del esposo

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

si lo hay

APELLIDO

SUFIJO GENERACIONAL (Jr., II, III, IV, etc.)

*si lo hay***18b. Nombre del esposo en el certificado de nacimiento legal o que usaba antes de cualquier matrimonio (APELLIDO DE SOLTERO)**

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

si lo hay

APELLIDO

SUFIJO GENERACIONAL (Jr., II, III, IV, etc.)

*si lo hay***19. Lugar de nacimiento del esposo**

País

Estado, territorio de EE. UU. o provincia
canadiense**20. Fecha de nacimiento**

Mes

Día

Año

21. Número de seguro social del esposo

22. Nivel de escolaridad que mejor describe la educación del esposo en este momento (Marque una opción)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos | <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) |
| <input type="checkbox"/> 9.º – 12.º grado; no graduada | <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DO, DDS, DVM, LLB, JD) |
| <input type="checkbox"/> Graduada de escuela secundaria o GED equivalente | <input type="checkbox"/> Escuela técnica/de estudios superiores |
| <input type="checkbox"/> Créditos universitarios, pero sin título | |
| <input type="checkbox"/> Título de asociado (p. ej., AA, AS) | |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) | |

23. ¿Es el esposo de origen español/hispano/latino? (Marque Sí o No. Si es sí, especifique.)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> No, no es de origen español/hispano/latino | | |
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano, chicano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño |
| | <input type="checkbox"/> Cubano | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

10. Raza a la que el esposo se autopercibe

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Afroamericana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Nativa americana o nativa de Alaska
Especificar tribu _____ | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiática | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra raza de las Islas del Pacífico (especifique) _____ |
| | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ |

25. Idioma principal o preferido del esposo

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ |

26. El bebé será colocado en adopción

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

ADVERTENCIA: Marque 'Sí' SOLAMENTE si la madre biológica tiene la intención colocar a este bebé en adopción.

27. ¿Quiere la madre biológica que se emita un Número de Seguro Social para este bebé?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
|-----------------------------|-----------------------------|

Al solicitar que la Administración del Seguro Social (SSA) emita un Número de Seguro Social para el bebé nombrado en este formulario, usted autoriza al Estado de Iowa a proporcionar a la SSA la información de este formulario que es necesaria para asignar el número. La tarjeta de seguro social del bebé se enviará directamente a la madre biológica desde el SSA, a la dirección postal proporcionada en la página uno de esta hoja de trabajo de nacimiento vivo.

INFORMANTE

La madre biológica o el esposo legal que proporcionó la información para esta hoja de trabajo

28. Relación del informante con la madre biológica del bebé (Marque una opción)

- ☐ Yo (madre de este bebé) ☐ Esposo legal

29. Nombre legal actual del informante

- ☐ Igual que el de la madre biológica (Marque esta opción si es la madre de este bebé y después responda el ítem 30)

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

si lo hay

APELLIDO

SUFIJO GENERACIONAL (Jr., II, III, IV, etc.)

si lo hay

30. Dirección del informante

- ☐ La misma que la de la madre biológica (Marque esta opción si la dirección es la misma que la dirección postal de la madre y responda el ítem 31)

Número y calle, o apartado postal

N.º de apartamento, suite, unidad o lote

País (Estados Unidos o nombre de país extranjero)

Estado, territorio de EE. UU. o provincia canadiense

Ciudad

Código postal

31. Afirmando que, a mi leal saber y entender, la información personal contenida en esta hoja de trabajo es correcta.

Firma de la madre biológica
o del esposo legal

Nombre de la madre biológica o
del esposo legal en letra de molde legible

Fecha de la firma

Atención personal del hospital: Asegúrese de que la hoja de trabajo se complete en su totalidad. Lo siguiente debe documentarse en el Sistema de Eventos Vitales de Iowa cuando se registra el nacimiento y según corresponda:

- Los padres recibieron ayuda del personal del hospital para completar la hoja de trabajo;
- Los padres se negaron a completar la hoja de trabajo en su totalidad;
- Los padres abandonaron el hospital sin completar adecuadamente la hoja de trabajo.

PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DEL HOSPITAL

Verifico que la persona que proporcionó la información en esta hoja de trabajo de nacimiento vivo firmó como el informante.

Firma del personal del hospital

Departamento del hospital

Fecha de firma

Sólo para fines administrativos