

Mother's Name:

Mother's Med. Rec. Number:

Folleto de Instrucciones del Sistema Estatal de Datos Perinatales y Partidas de Nacimiento del Estado de Nueva York

La partida de nacimiento de un niño es un documento muy importante. Es la constancia oficial del nombre completo del niño, y de su fecha y lugar de nacimiento. Es un comprobante de identidad y edad, de por vida. A medida que el niño crece, pasando de la niñez a la edad adulta, la información contenida en la partida de nacimiento le servirá para acontecimientos especiales, tales como: ingreso a la escuela, obtención de un permiso de trabajo, obtención de una licencia de conducir o de matrimonio, ingreso a las Fuerzas Armadas, empleo, obtención de beneficios del Seguro Social y de jubilación, y obtención de un pasaporte para viajar al extranjero.

Dado que la partida de nacimiento es un documento tan importante, uno se debe asegurar de que absolutamente toda la información contenida en él esté correcta. Usted puede ayudarnos a garantizar la exactitud de la partida de nacimiento del niño rellenando cuidadosamente este folleto de instrucciones.

La información designada «QI» recopilada en este folleto será usada, con su consentimiento, para rellenar el módulo suplementario de mejoramiento de calidad del Sistema Estatal de Datos Perinatales (SPDS – siglas en inglés). Las preguntas relacionadas con las mejoras de calidad (QI) tienen como propósito, una vez analizada la información recopilada, el mejorar los servicios que se brindan a las mujeres embarazadas y a sus bebés.

Partida de Nacimiento del Estado de Nueva York:

PADRES DE FAMILIA: para la partida de nacimiento debe rellenar las áreas no sombreadas de este folleto; vea páginas 2-4, 8-10 y 12 (las áreas sombreadas las rellena el personal del hospital).

Los datos no designados «QI» en el presente folleto de instrucciones serán utilizados para preparar la partida oficial de nacimiento. Una vez completa, la partida de nacimiento se presenta ante la oficina del Registro Civil (*Registrar of Vital Statistics*) en la municipalidad donde el niño nació, dentro de los cinco (5) días hábiles posteriores al nacimiento, y ante el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Una vez completo el proceso, la madre recibe una Copia Certificada de la partida de nacimiento. Dicha copia es una constancia oficial de edad, paternidad e identidad. Al recibir este documento, queda confirmado que la partida de nacimiento del niño ha sido oficialmente registrada en el Estado de Nueva York. Se pueden obtener copias adicionales del certificado de nacimiento del Secretario del Registro Civil Local o del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: *New York State Department of Health, P.O. Box 2602, Albany, New York 12220-2602*. Si desea más información sobre la obtención de copias, llame al (518) 474-3077 o consulte la página de internet del Departamento de Salud del Estado de Nueva York: <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/vr.htm>.

Toda la información (incluyendo información identificable/personal) será compartida con los Departamentos de Salud del Condado u otras Unidades Locales de Salud, donde el niño haya nacido y donde la madre resida, de ser diferentes. Los Departamentos de Salud del Condado y las Unidades Locales de Salud pueden usar esta información en Programas de Salud Pública. Los programas de Administración del Seguro Social y Registro de Inmunizaciones recibirán un monto mínimo de información SÓLO cuando los padres hayan indicado en este folleto de instrucciones que desean participar en dichos programas.

Si bien la información individual es importante, los empleados de salud pública usarán los datos médicos y demográficos para identificar, observar y reducir los factores de riesgo que afectan tanto a las madres como a sus bebés recién nacidos. Esta información también proporciona a médicos y científicos médicos las bases para la creación de nuevos programas de atención materna e infantil para los residentes del Estado de Nueva York.

Sistema Estatal de Datos Perinatales (SPDS) – Módulo Suplementario de Mejoramiento de Calidad (QI):

La entrega de datos a ser usados en el módulo suplementario de mejoramiento de calidad del Sistema Estatal de Datos Perinatales es voluntaria. Tales datos se designan «QI».

Padres de Familia: solicitamos su cooperación y consentimiento en relación con la revelación de información denominada «QI». La información usada para mejoramiento de calidad sólo será compartida con profesionales médicos que actualmente tratan de mejorar la calidad de la atención proporcionada a los recién nacidos y a las mujeres embarazadas del Estado de Nueva York.

ATTENTION HOSPITAL STAFF:

This work booklet has been designed to obtain information relating to the pregnancy and birth during the 72-hour period immediately following the birth of a live born child in New York State. Hospital staff, please complete the shaded portions of the work booklet.

New York State Public Health Law provides the basis for the collection of the birth certificate data. For pertinent information about the New York State Public Health Laws refer to sections 206(1)(e), 4102, 4130.5, 4132 and 4135. These laws are also described in the New York State Birth Certificate Guidelines. The Guidelines are available to SPDS users on the Vital Records Home Page <https://commerce.health.state.ny.us/dyn3/cgi-bin/aplinks/spds/home.htm> under Vital Records Resources.

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

Folleto de Instrucciones del Sistema Estatal de Datos Perinatales y Partidas de Nacimiento del Estado de Nueva York

Registro del Nacimiento

Padres de Familia	Madre	Nombre de la Madre: <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido de Soltera</i> <i>Apellido Actual</i>			
		Número de Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento de la Madre: (Mes/Día/Año) / /		
Infante	Nombre del niño(a): <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido</i> <i>Sufijo</i>				
	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Undetermined	Plurality:	Birth Order:	Medical Record No.:	
	Date of Birth: (MM/DD/YYYY) / /	Time of Birth: (HH:MM) : <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/> military (24-hour time)			

Padres de Familia	Infante	¿Nació el bebé en éste establecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si el bebé no nació en éste establecimiento, favor de contestar las preguntas a continuación:	
		¿En qué tipo de lugar nació el bebé? <input type="checkbox"/> Centro de Maternidad Independiente (regulado por DOH) <input type="checkbox"/> En casa (intenciones desconocidas) <input type="checkbox"/> Casa (planeado) <input type="checkbox"/> Clínica / Consultorio Médico (no regulado por DOH) <input type="checkbox"/> Casa (no planeado) <input type="checkbox"/> Otro	Si es un Centro de Maternidad del Estado de Nueva York, indique el nombre: ¿En qué condado nació el bebé?
		Establecimiento	
Lugar de nacimiento	Lugar del nacimiento, si es otro tipo de lugar:		Dirección – si no es un hospital / Centro de Maternidad:
	Si el lugar de nacimiento del bebé no fue en un Hospital o Centro de Maternidad: Ciudad, pueblo o aldea donde ocurrió el nacimiento:		Código postal:

Attendant	Attendant's Information:		
	License Number:	Name: <i>First</i> <i>Middle</i> <i>Last</i>	
Certifier	Title: (Select one) <input type="checkbox"/> Medical Doctor <input type="checkbox"/> Doctor of Osteopathy <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CNM) <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CM) <input type="checkbox"/> Other		
	Certifier's Information: <input type="checkbox"/> Check here if the Certifier is the same as the Attendant (otherwise enter information below)		
	License Number:	Name: <i>First</i> <i>Middle</i> <i>Last</i>	
Title: (Select one) <input type="checkbox"/> Medical Doctor <input type="checkbox"/> Doctor of Osteopathy <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CNM) <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CM) <input type="checkbox"/> Other			

Padres de Familia	Pagador	Pagador principal de los costos de este parto: Indique uno:	
		<input type="checkbox"/> Medicaid / Family Health Plus <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Indian Health Service <input type="checkbox"/> CHAMPUS / TRICARE <input type="checkbox"/> Otra entidad gubernamental / Child Health Plus B <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mi propia cuenta	
	Si Medicaid no es el pagador principal de este parto, ¿es acaso el pagador secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se inscribe la madre en un plan de HMO u otro plan dirigido de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Partida de Nacimiento del Estado de Nueva York y Mejoramiento de Calidad del Sistema Estatal de Datos Perinatales

Nombre de la Madre: <i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	No. de archivo clínico de la Madre:
Nombre del Padre: <i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Sufijo</i>
Nombre del recién nacido:	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	Fecha de nacimiento:

To the hospital:

- Obtain the parent(s) signature(s).
- File the original Release Form in the mother's hospital record.
Note: It is not necessary to file the remainder of the Work Booklet.
- Provide a copy to the parent(s).
- Do **not** send copies to the New York State Department of Health or to any Social Security office, unless specifically requested by such agency.

A los padres:

- Favor de leer el aviso a continuación pertinente a la recopilación y uso de los números de Seguro Social en el certificado de nacimiento de su niño(a).
- Favor de marcar «Sí» o «No» para indicar si desea participar en alguno de los programas enumerados.

AVISO SOBRE LA RECOPIACIÓN DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS PADRES: La recopilación de los números de Seguro Social en la Partida de Nacimiento Vivo que se registra en el Estado de Nueva York, es obligatoria. La recopilación de dicha información se hace conforme lo exige la Ley de Salud Pública, Sección 4132(1); y puede usarse con el propósito de hacer cumplir las órdenes de sustento de menores, con fines de la salud pública, a petición de entidades gubernamentales estatales, federales o municipales con fines legítimos según lo exiga la Ley de Salud Pública Sección 4173 ó 4174 y según se requiera o merite por ley.

Sí No

Revelación del Número de Seguro Social

La Administración del Seguro Social ofrece a los padres del recién nacido la oportunidad de someter una solicitud para el número de Seguro Social del niño(a) cuando se procesa el registro del certificado de nacimiento. Este proceso se conoce en la Administración del Seguro Social como Empadronamiento al Nacer (EAB – siglas en inglés). Si participa en el proceso EAB, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York enviará a la Administración del Seguro Social información del certificado de nacimiento de su niño(a). Favor de tomar nota que la Administración del Seguro Social no procesará su petición EAB a no ser que el certificado de nacimiento incluya el nombre completo de su niño(a). Si participa en el proceso de empadronamiento EAB, la revelación de los números de seguro social de los padres es obligatoria según legislación 42 U.S.C. 405(c)(2). El Servicio de Impuestos Internos (IRS – por sus siglas en inglés) usará los números de Seguro Social con el único propósito de determinar el cumplimiento del Crédito por Ingreso del Trabajo. ¿Desea participar en el programa EAB de la Administración del Seguro Social?

Sí No

Sistema Estatal de Datos Perinatales (SPDS) – Módulo de Mejoramiento de Calidad (QI)

Yo consiento en que el hospital / centro de maternidad revele información médica identificable (denominada «QI») contenida en las secciones de Partida de Nacimiento y Sistema de Datos Perinatales de este folleto de instrucciones. La información será usada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el hospital y el Centro Perinatal Regional con el propósito de mejorar los servicios proporcionados a las mujeres embarazadas y a sus bebés.

Firma de la Madre: ▶ _____ Fecha _____
 Firma del Padre: ▶ _____ Fecha _____

Una de las firmas de los padres es suficiente para autorizar la revelación de información en los consentimientos indicados arriba. Si no marca ninguna de las casillas, se interpretará como si hubiese contestado 'No'.

Hospital Name:	
Signature of Hospital Representative: ▶	Date:

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

MADRE					
Medical Record Number:					
Padres de Familia	Demografía de la Madre	Nivel de educación de la Madre: (marque uno) <input type="checkbox"/> 8° grado o menos <input type="checkbox"/> Créditos universitarios, sin título <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> 9° – 12° grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria; o GED <input type="checkbox"/> Bachelor's degree			
		Ciudad de nacimiento:	Estado/Territorio o Provincia donde nació:	País de nacimiento, si no fue en EEUU:	
		Origen hispano: Marque según corresponda: <input type="checkbox"/> No, no de origen español / hispano / latino <input type="checkbox"/> Sí, mexicana, méxico americana, chicana <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña <input type="checkbox"/> Sí, cubana <input type="checkbox"/> Sí, otro origen: español / hispano / latino Especifique: _____			
Padres de Familia	Demografía de la Madre	Raza: Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Blanca / Caucásica <input type="checkbox"/> Negra o afro estadounidense <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Otra raza asiática Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otra raza de la isla del Pacífico Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otra Especifique: _____			
		Domicilio residencial Calle: _____ Estado/Territorio o Provincia: Condado: Ciudad, Pueblo o Aldea:			
		Código postal:	País de residencia de la madre, si no reside en EEUU:	No. de teléfono en EEUU o Canadá: () -	
Padres de Familia	Domicilio Postal de la Madre	Domicilio postal – más reciente <input type="checkbox"/> Marque aquí si el domicilio postal es el mismo que el domicilio residencial (de lo contrario, indique la información a continuación)			
		Domicilio postal: _____			
		Ciudad, Pueblo o Aldea:	Estado/Territorio o Provincia:	País, si no es en EEUU:	Código postal:
Padres de Familia	Empleo	Historial de empleo ¿Sostuvo un empleo durante el embarazo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Ocupación actual / más reciente: Tipo de negocio / Industria:			
		Nombre de la compañía o empresa:		Dirección:	
		Ciudad:	Estado/Territorio/Provincia:	Código postal:	

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

PADRE	
Will the mother and father be executing an Acknowledgement of Paternity? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not required	
Nombre del Padre: <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido</i> <i>Sufijo</i>	
Número de Seguro Social:	
Demográfica	
Fecha de nacimiento del padre: <i>(Mes/Día/Año)</i> / /	Educación: <i>(marque uno)</i> <input type="checkbox"/> 8° grado o menos <input type="checkbox"/> 9° - 12° grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela superior; o GED <input type="checkbox"/> Créditos universitarios, sin título <input type="checkbox"/> Associate's degree <input type="checkbox"/> Bachelor's degree <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado
Ciudad de nacimiento:	Estado/Territorio/Provincia de nacimiento: País de nacimiento, si no es EEUU:
Origen hispano: Marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> No, no de origen español / hispano / latino <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, méxico americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, cubano <input type="checkbox"/> Sí, otro origen español / hispano / latino Especifique:	
Raza: Marque todo lo que corresponda : <input type="checkbox"/> Blanco / Caucásico <input type="checkbox"/> Negro o afro estadounidense <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japones <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska Tribu: _____ <input type="checkbox"/> Otra raza asiática Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otra raza de la isla del Pacifico Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Otra Especifique: _____	
Domicilio residencial: <input type="checkbox"/> Marque aquí si la residencia del padre es la misma que la residencia de la madre <i>(de lo contrario indique la información a continuación)</i>	
Calle:	
Ciudad, Pueblo o Aldea:	Estado / Territorio / Provincia:
País de residencia del padre, si no vive en EEUU:	Código postal:
Historial de empleo	
Ocupación actual / más reciente:	Tipo de negocio / Industria:
Nombre de la compañía o empresa:	Dirección:
Ciudad:	Estado/Territorio/Provincia: Código postal:

Padres de Familia

Mother's Name:

Mother's Med. Rec. Number:

Entrevista / Expediente

Encuesta de la Madre (en el hospital)

¿Recibió cuidados prenatales? Sí No (Si la respuesta es «Sí», favor de contestar la pregunta número 1 de lo contrario, siga a la pregunta 2).

1. Durante el transcurso de sus visitas prenatales, ¿conversó con un médico, enfermera o con otro profesional de la salud sobre alguno de los temas a continuación?

- a. ¿Cómo afecta a mi bebé el fumar durante el embarazo?
b. ¿Cómo afecta a mi bebé el consumo de bebidas alcohólicas durante el embarazo?
c. ¿Cómo afecta a mi bebé el uso de drogas ilegales durante el embarazo?
d. ¿Cuánto tiempo debo esperar antes de tener el próximo bebé?
e. Métodos anticonceptivos que se pueden usar después del embarazo
f. ¿Qué debo hacer si los dolores de parto comienzan antes del tiempo?
g. ¿Cómo puedo prevenir el contagio con el VIH (el virus que causa SIDA)?
h. El abuso físico de las mujeres por sus cónyuges o compañeros

Padres de Familia
Encuesta de la Madre (en el hospital)

2. ¿Cuántas veces a la semana, durante su último embarazo, hizo ejercicios por 30 minutos o más, aparte de sus actividades diarias? Número de veces a la semana:

3. ¿Tuvo problemas de encillas durante el embarazo, por ejemplo: hinchazón o sangrado? Sí No

4. Durante su embarazo, ¿cómo diría usted que se sintió?: (marque uno)

- No me sentí deprimida
Un poco deprimida
Tan deprimida que solicité ayuda
Un poquito deprimida
Muy deprimida

5. Regresando al momento justo antes de quedar embarazada, ¿cómo se sentía con la idea de salir embarazada?

- Quería quedar embarazada lo antes posible
Quería salir embarazada más tarde
En aquel momento quería salir embarazada
No deseaba un embarazo, ni en ese momento ni en ningún momento en el futuro

Chart Review (Prenatal and Medical)

1a. Copy of prenatal record in chart?

- Yes, Full Record
Yes, Prenatal Summary Only
No

1b. Was formal risk assessment in prenatal chart?

- Yes, with Social Assessment
Yes, without Social Assessment
No

1c. Was MSAFP / triple screen test offered?

- Yes
No
No, Too Late

1d. Was MSAFP / triple screen test done?

- Yes
No

2. How many times was the mother hospitalized during this pregnancy, not including hospitalization for delivery?

Chart Review (Prenatal and Medical)

Admission and Discharge Information

Mother

Admission Date for Delivery (MM/DD/YYYY)

Discharge Date (MM/DD/YYYY)

Infant

Discharge Date (MM/DD/YYYY)

- Discharged Home
Infant Died at Birth Hospital
Infant Still in Hospital
Infant Discharged to Foster Care/Adoption
Infant Transferred Out
Unknown

Admission & Discharge

IMPORTANT NOTICE

If the mother is not legally married to the father of the baby and wishes to add the father's name to the birth certificate, you must ask the registrar for the ACKNOWLEDGEMENT OF PATERNITY FORM. If you are married at the time of birth or at any time during the pregnancy and claim your husband is not the father, a court order is required to enter the father's name on the birth certificate.

AVISO IMPORTANTE

Si la madre no esta casada legalmente con el padre del bebe y desea poner en el certificado de nacimiento el apellido de el, se debera solicitar a la persona indicada, un Formulario "RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD", el cual debera ser llenado completamente y entregado a la persona indicada. Si la madre ha sido casada anteriormente, pero no esta legalmente divorciada, y afirma que su esposo no es el padre de su bebe, tiene que presentar una Orden de la Corte, para poner el apellido del padre en el certificado de nacimiento del bebe.

Nota: Favor llenar este formulario con letra de imprenta y no se permite ninguna clase de borrones o tachaduras.

TO ALL NEW MOTHERS

Please be aware that the form for permission to release birth information to **The Rockland Journal News** must be signed by both parents and the father's signature must be witnessed by a Nyack Hospital employee.

Thank you.