

**CERTIFICADO DE NACIMIENTO INFORMACIÓN**  
**(BIRTH CERTIFICATE INFORMATION)**

Page 1 of 2

Por favor complete esta forma de manera cuidadosa y precisa como le sea posible.

FECHA ESTIMADA DE PARTO \_\_\_\_\_

**Información del Bebé:**

NOMBRE DE BEBÉ: \_\_\_\_\_  
Niño  Niña       Nombre      Segundo Nombre      Apellido

NOMBRE DE BEBÉ B: \_\_\_\_\_  
Niño  Niña       Nombre      Segundo Nombre      Apellido

**Información de los Padres:**

Tal como aparece en el Certificado de Nacimiento de cuando usted nació:

INFORMACIÓN NECESARIA	MADRE DEL BEBÉ	PADRE DEL BEBÉ
PRIMER NOMBRE		
SEGUNDO NOMBRE		
APELLIDO DE SOLTERA (Madre del bebé) APELLIDO (Padre del bebé)		
ESTADO O PAÍS DE NACIMIENTO		
FECHA DE NACIMIENTO		
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		
TÍTULO DE TRABAJO (Oficio)		
Tipo de Compañía		
Ultimo mes y año que trabajo		
Ultimo nivel de estudios/Título recibido		
Dirección actual - Número/Calle, Ciudad, Estado, Código Postal		
Dirección postal si es diferente - PO Box, Ciudad, Estado, Código Postal		

Do Not Scan –  
Not a Part of the  
Legal Health Record

**Por favor completar la última página**

**CERTIFICADO DE NACIMIENTO INFORMACIÓN**  
**(BIRTH CERTIFICATE INFORMATION)**

Page 2 of 2

**Origen (Favor de no marcar más de tres casillas):**

**Hispano: Marque especificando origen**

**Madre Padre**

- Caucásico
- Negro
- Japonés
- Chino
- Filipino
- Samoano
- Hmong

**Madre Padre**

- Coreano
- Vietnamita
- Camboyano
- Amerindio
- Indio-Asiático
- Mien
- Otro

(Especifique) \_\_\_\_\_

**Madre Padre**

- Mexicano
- Mexicano/Americano
- Chicano
- Puertorriqueño
- Cubano
- Otro

(Especifique) \_\_\_\_\_

**Información de la Madre:**

Fecha de su último periodo menstrual: \_\_\_\_\_

Fecha de su primera visita prenatal: \_\_\_\_\_ Fecha de la última visita antes del parto: \_\_\_\_\_

Número de nacimientos vivos (Sin contar a este niño/a): \_\_\_\_\_

Fecha del último nacimiento con vida (antes del parto): \_\_\_\_\_

Número de abortos espontáneos antes de las 20 semanas: \_\_\_\_\_

Número de abortos espontáneos después de las 20 semanas: \_\_\_\_\_

Fecha de último aborto espontáneo: \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

Número de nacimientos que no sobrevivieron: \_\_\_\_\_

Casada: \_\_\_\_\_ Soltera: \_\_\_\_\_

¿Recibió WIC durante el embarazo para usted misma?  Sí  No

¿Fumó antes o durante el embarazo?  Sí  No

¿Cuál es la cantidad aproximada de cigarrillos que fuma por día?

\_\_\_\_\_ 3 meses antes del embarazo \_\_\_\_\_ 1er Trimestre \_\_\_\_\_ 2do Trimestre \_\_\_\_\_ 3er Trimestre

Peso antes del embarazo: \_\_\_\_\_

**AVISO IMPORTANTE A LOS PADRES SOLTEROS**

Si los padres del niño/a no están legalmente casados, el nombre del padre no será agregado al certificado de nacimiento a menos que usted: (1) firme una declaración de paternidad en el hospital o (2) firme la forma después o \*(3) legalmente establezca la paternidad por medio de la corte y pague los honorarios para modificar el acta de nacimiento.

\*(3) Arriba se muestra la única opción disponible si es que la madre del bebe está legalmente casada con alguien más al momento del parto.

**NOTIFICACIÓN DE PRIVACIDAD**

Esta información es colectada por el estado de California, Departamento de Servicios de Salud, para proporcionar información de estudio demográfico y epidemiológico y ofrecer datos al Centro Nacional para las Estadísticas de Salud y Reportes Federales.