



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA PERSONAS DE LA TERCERA EDAD
DE MISSOURI OFICINA DE ESTADÍSTICAS VITALES
**FORMULARIO PARA LA MADRE PARA EL CERTIFICADO DE
NACIMIENTO DEL ESTADO DE MISSOURI**

SOLO EJEMPLO – NO ENVIAR
(EXAMPLE ONLY – DO NOT SUBMIT)

DHSS -OFICINA DE ESTADÍSTICAS VITALES
930 WILDWOOD DR.
JEFFERSON CITY, MO 65109

POR FAVOR, COMPLETE TODO EL FORMULARIO DENTRO DE LOS CINCO (5) DÍAS SIGUIENTES AL NACIMIENTO. PROPORCIONE INFORMACIÓN CORRECTA. NO SE ACEPTAN TACHADURAS, BORRONES O BORRONES BLANCOS EN ESTE DOCUMENTO. SI SE COMETE UN ERROR, COMPLETE UN NUEVO FORMULARIO ANTES DE FIRMAR.

SOLO PARA USO HOSPITALARIO/PROFESIONAL - DOCUMENTO IMPORTANTE. RETENER - POR LEY ESTATAL.

Nº DEL REGISTRO MÉDICO DE LA MADRE		NOMBRE DE LA MADRE	
FECHA DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO		NOMBRE DEL RECIÉN NACIDO	
HORA DE NACIMIENTO DEL RECIÉN NACIDO <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM		SEXO DEL RECIÉN NACIDO	
FUE ESTE PARTO UN: <input type="checkbox"/> Parto único <input type="checkbox"/> Parto múltiple (gemelos, trillizos, etc.)		SI EL PARTO ES MÚLTIPLE, ESTE FORMULARIO ES PARA EL NIÑO: <input type="checkbox"/> A (primogénito) <input type="checkbox"/> B (segundo nacido) <input type="checkbox"/> C (tercer nacido) <input type="checkbox"/> D Otro (especificar) _____	

INSTRUCCIONES PARA LA MADRE

El registro del nacimiento de su hijo es importante y debe presentarse dentro de los **cinco (5) días** siguientes a la fecha de nacimiento, tal como lo exige la ley de Missouri (193.085, RSMo). La información que proporcione a continuación se utilizará para registrar el certificado de nacimiento de su hijo. El certificado de nacimiento es el primer documento legal que se utilizará para fines legales y de identidad, como demostrar la edad, la ciudadanía y la filiación de su hijo. El certificado de nacimiento será utilizado por su hijo durante toda su vida. La ley de Missouri ofrece protección contra la divulgación no autorizada de los datos de identificación del certificado de nacimiento para garantizar la confidencialidad de los padres y de su hijo.

Es muy importante que proporcione información **completa y precisa** a todas las preguntas siguientes. El intento de cambiar el nombre de su hijo o cualquier otra información relacionada en el certificado de nacimiento después de haber completado la información en este formulario puede requerir una orden judicial. Además de la información utilizada con fines legales y de identidad, otros datos del certificado de nacimiento son utilizados por investigadores médicos y sanitarios para estudiar y mejorar la salud de las madres y los recién nacidos. Elementos como la educación de los padres y la raza se utilizarán con fines estadísticos, pero no aparecerán en las copias del certificado de nacimiento que se les expida a usted o a su hijo. Los nombres y las palabras en los certificados de nacimiento de Missouri se imprimirán en mayúsculas.

Nota: Al nombrar a su hijo y proporcionar la información relacionada, cualquier duda, espacios de caracteres adicionales, sufijos incorrectos y otras secuencias específicas de nombres pueden impedir la emisión automática de un número de seguro social. Por lo tanto, es posible que tenga que ponerse en contacto directamente con la Administración del Seguro Social (SSA) y rellenar un **formulario SS-5** para registrar correctamente a su hijo para obtener un número del seguro social. Para obtener más información, pregunte a su hospital, clínica, matrona, asistente, certificador o póngase en contacto con la Oficina de Registro Civil para obtener ayuda.

Si desea una copia del certificado de nacimiento de su hijo después de su inscripción, debe presentar una solicitud por separado y pagar una tasa a la Oficina de Registro Civil. Para información, visite: www.health.mo.gov/vitalrecords o llame al (573) 751-6387.

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE O A MÁQUINA

1. ¿CUÁL SERÁ EL NOMBRE LEGAL DE SU HIJO (COMO DEBE APARECER EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO)?	<input type="checkbox"/> EL NOMBRE Y EL SEGUNDO NOMBRE AÚN NO SE HAN ELEGIDO
PRIMERO	SEGUNDO
	APELLIDO
	SUFIJO (JR., SR., ETC.)

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE DEL NIÑO

2. ¿CUÁL ES SU NOMBRE LEGAL ACTUAL?			
PRIMERO	SEGUNDO	APELLIDO	SUFIJO (JR., SR., ETC.)
3. ¿QUÉ NOMBRE UTILIZABA ANTES DE SU PRIMER MATRIMONIO (DE SOLTERA)?	<input type="checkbox"/> IGUAL QUE EL NOMBRE LEGAL ACTUAL (Nº 2 ANTERIOR)		
PRIMERO	SEGUNDO	APELLIDO	SUFIJO (JR., SR., ETC.)
4. ¿DÓNDE VIVE HABITUALMENTE, ES DECIR, DÓNDE SE ENCUENTRA SU HOGAR/RESIDENCIA? ESTADO (O TERRITORIO ESTADOUNIDENSE, PROVINCIA CANADIENSE):		PAÍS:	

NÚMERO Y CALLE COMPLETOS:	NÚMERO DE DEPARTAMENTO:
---------------------------	-------------------------

CUIDAD:	CÓDIGO POSTAL:
---------	----------------

¿VIVE USTED DENTRO DE LOS LÍMITES DE ESTA CIUDAD?
 Sí No

SI NO ES ESTADOS UNIDOS, INDIQUE EL PAÍS:

5. ¿CUÁL ES SU DIRECCIÓN POSTAL? IGUAL QUE LA RESIDENCIA (Nº 4 ANTERIOR). [SIGA CON LA PREGUNTA Nº 6.]
NÚMERO Y CALLE COMPLETOS:

NÚMERO DE DEPARTAMENTO:	APARTADO POSTAL:
-------------------------	------------------

CUIDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
---------	---------	----------------

SI NO ES ESTADOS UNIDOS, INDIQUE EL PAÍS:

6. ¿CUÁL ES SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL?

7. ¿CUÁL ES SU FECHA DE NACIMIENTO? (EJEMPLO: MARZO 01 1994)		
MES	DÍA	AÑO

8. ¿EN QUÉ ESTADO, TERRITORIO ESTADOUNIDENSE O PAÍS EXTRANJERO NACIÓ? (SI ES CANADÁ, INCLUYA LA PROVINCIA):

MADRE	<p>9. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO QUE HA COMPLETADO EN EL MOMENTO DEL PARTO? (MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU FORMACIÓN. SI ESTÁ MATRICULADA ACTUALMENTE, MARQUE LA CASILLA QUE INDICA EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR O LA TITULACIÓN MÁS ALTA RECIBIDA).</p> <p><input type="checkbox"/> 8° grado o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Sin diploma, 9° - 12° grado</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria o GED completado</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título</p> <p><input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Título de Máster (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título Profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM)</p>	<p>10. ¿ES USTED ESPAÑOLA/HISPANA/LATINA? SI NO ES ESPAÑOLA/HISPANA/LATINA, MARQUE LA CASILLA "NO". SI ES USTED ESPAÑOLA/HISPANA/LATINA, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE. MARQUE SOLO UNA CASILLA.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no soy Española/Hispana/Latina</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Mexicana, Mexicana-Americana, Chicana</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Puertorriqueña</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Cubana</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, otra Española/Hispana/Latina (por ejemplo, Española (España), Salvadoreña, Dominicana, Colombiana)</p> <p>Especificar: _____</p>	<p>11. ¿CUÁL O CUÁLES DE LAS SIGUIENTES ES SU RAZA? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana</p> <p><input type="checkbox"/> Otras asiáticas (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska (especificar tribu) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Inda asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Guamán o Chamorra</p> <p><input type="checkbox"/> China</p> <p><input type="checkbox"/> Samoana</p> <p><input type="checkbox"/> Filipina</p> <p><input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Japonesa</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coreana</p>
	<p>12. ¿LA MADRE PARTICIPÓ DURANTE EL EMBARAZO? (POR FAVOR, RESPONDA A LAS DOS OPCIONES A Y B)</p> <p>12A. ¿WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	<p>12B. ¿PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido</p>	

13. ¿CUÁL ES SU ESTATURA?	14. ¿CUÁL ERA SU PESO ANTES DEL EMBARAZO? ESTE ES SU PESO INMEDIATAMENTE ANTES DE QUEDARSE EMBARAZADA DE ESTE NIÑO.
_____ PIES _____ PULGADAS	_____ LIBRAS

15. ¿CUÁNTOS CIGARROS INDIVIDUALES O PAQUETES DE CIGARROS FUMÓ DE MEDIA DIARIA DURANTE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES PERIODOS DE TIEMPO? SI NINGUNO, INTRODUZCA "0".

	Nº de cigarros	O	Nº de paquetes
Tres meses antes del embarazo	_____	<input type="radio"/>	_____
Tres primeros meses de embarazo	_____	<input type="radio"/>	_____
Los segundos tres meses de embarazo	_____	<input type="radio"/>	_____
Tercer trimestre de embarazo	_____	<input type="radio"/>	_____

16. ¿ESTUVO CASADA EN EL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN, DEL NACIMIENTO O EN ALGÚN MOMENTO INTERMEDIO? **MARQUE SOLO UNA CASILLA.**

LA SELECCIÓN QUE HAGA A CONTINUACIÓN DETERMINARÁ SI LA INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/COPADRE SE AÑADE DURANTE LA INSCRIPCIÓN DEL REGISTRO DE NACIMIENTO DE SU HIJO O SE MODIFICA EN EL REGISTRO DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN, YA SEA POR DECLARACIÓN JURADA O POR ORDEN JUDICIAL.

<input type="checkbox"/> Sí, estuve casada con el padre de este niño.	<input type="checkbox"/> Sí, pero me niego a proporcionar la información del cónyuge. (Se requerirá una orden judicial para añadir un padre/copadre en el futuro. Pase a la pregunta N° 25).
<input type="checkbox"/> Sí, a un cónyuge masculino, pero no al padre de este niño. (Por favor, pregunte al personal del hospital sobre la recepción y cumplimentación de las <u>Declaraciones Juradas de Reconocimiento de Paternidad</u> . Pase a la pregunta N° 25).	<input type="checkbox"/> No, pero deseo proporcionar información sobre el padre. (Por favor, pregunte al personal del hospital sobre la recepción y cumplimentación de las <u>Declaraciones Juradas de Reconocimiento de Paternidad</u> . Pase a la pregunta N° 25).
<input type="checkbox"/> Sí, a una cónyuge femenina.	<input type="checkbox"/> No, y no deseo proporcionar información sobre el padre. (Pase a la pregunta N° 25.)
<input type="checkbox"/> Sí a una cónyuge femenina, pero deseo proporcionar información sobre el padre. (Por favor, pregunte al personal del hospital sobre la recepción y cumplimentación de las <u>Declaraciones Juradas de Reconocimiento de Paternidad</u> . Pase a la pregunta N° 25).	<input type="checkbox"/> Desconocido (Pase a la pregunta N° 25.)

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/COPADRE DEL NIÑO

17. ¿CUÁL ES EL NOMBRE LEGAL ACTUAL DEL PADRE/COPADRE?	APELLIDO	SUFIJO (JR., SR., ETC.)
PRIMERO	SEGUNDO	
18. ¿CUÁL ES EL NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL PADRE/COPADRE?	19. ¿CUÁL ES LA FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE/COPADRE? (EJEMPLO: MARZO 01 1994)	
	MES	DÍA
		AÑO

20. ¿EN QUÉ ESTADO, TERRITORIO ESTADOUNIDENSE O PAÍS EXTRANJERO NACIÓ EL PADRE/COPADRE? (SI ES CANADÁ, INCLUYA LA PROVINCIA):

PADRE / COPADRE	<p>21. ¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTUDIOS MÁS ALTO QUE EL PADRE/COPADRE HA COMPLETADO EN EL MOMENTO DEL PARTO? (MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU FORMACIÓN. SI ESTÁ MATRICULADO ACTUALMENTE, MARQUE LA CASILLA QUE INDICA EL AÑO ESCOLAR ANTERIOR O LA TITULACIÓN MÁS ALTA RECIBIDA).</p> <p><input type="checkbox"/> 8° grado o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Sin diploma, 9° - 12° grado</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria o GED completado</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título</p> <p><input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Título de Máster (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título Profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM)</p>	<p>22. ¿EL PADRE/COPADRE ES ESPAÑOL/HISPAÑO/LATINO? SI NO ES ESPAÑOL/HISPAÑO/LATINO, MARQUE LA CASILLA "NO." SI ES ESPAÑOL/HISPAÑO/LATINO, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE. MARQUE SOLO UNA CASILLA.</p> <p><input type="checkbox"/> No, no soy Española/Hispana/Latina</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Mexicana, Mexicana-Americana, Chicana</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Puertorriqueña</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, Cubana</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, otra Española/Hispana/Latina (por ejemplo, Española (España), Salvadoreña, Dominicana, Colombiana)</p> <p>Especificar: _____</p>	<p>23. ¿CUÁL O CUÁLES SON LAS SIGUIENTES RAZAS DEL PADRE/COPADRE? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.</p> <p><input type="checkbox"/> Blanca</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Negra o afroamericana</p> <p><input type="checkbox"/> Otras asiáticas (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska (especificar tribu) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nativa de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Inda asiática</p> <p><input type="checkbox"/> Guamán o Chamorra</p> <p><input type="checkbox"/> China</p> <p><input type="checkbox"/> Samoana</p> <p><input type="checkbox"/> Filipina</p> <p><input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Japonesa</p> <p><input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coreana</p>
------------------------	--	---	---

24. ¿CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA DEL PADRE/COPADRE? IGUAL QUE LA RESIDENCIA DE LA MADRE (N° 4 ANTERIOR). [SIGA CON LA PREGUNTA N° 25.]

NÚMERO Y CALLE COMPLETOS: _____ NÚMERO DE DEPARTAMENTO _____

CIUDAD: _____	ESTADO: _____	CÓDIGO POSTAL: _____
---------------	---------------	----------------------

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL NIÑO

25. AUTORIZACIÓN PARA FACILITAR A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL (SSA) LOS DATOS DE NACIMIENTO NECESARIOS PARA EMITIR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA ESTE NIÑO

Sí No

NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL DEL NIÑO

NOMBRE LEGAL COMPLETO DE LA PERSONA QUE RELLENA ESTE FORMULARIO NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
---	----------------	----------

RELACIÓN CON EL NIÑO (DEBE SER LA MADRE)

SI NO ES LA MADRE, DAR UNA EXPLICACIÓN ESPECÍFICA:

Declaro y afirmo solemnemente que la información contenida en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, y entiendo que esta información se utilizará para crear el Certificado de Nacimiento Vivo de mi hijo. Además, entiendo que el intento de cambiar el nombre de mi hijo o cualquier otra información relacionada en el certificado de nacimiento después de firmar este formulario puede requerir una orden judicial.

FIRMA DE LA PERSONA QUE RELLENA ESTE FORMULARIO	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)
---	-------	--

--