

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA  
OFICINA DEL REGISTRO CIVIL

# HOJA PARA CERTIFICADO DE NACIMIENTO

**Atención padre/madre/informante** - Complete y revise atentamente la información que ha proporcionado en los campos 1A-1D, 9, 16A-16D, 17-19, 20A-20E, 21-42, 48, 52A-52D, 53-63, 73 y 74 de esta planilla antes de firmar en el campo 18. Al firmar en el campo 18, usted acepta que la planilla ha sido verificada y es fiel y precisa, según mi leal entender.  
*Tenga en cuenta: Solo debe completar la versión en inglés de la Planilla del Certificado de nacido vivo. La versión en español de la planilla se encuentra disponible solo a modo de referencia. Gracias por su cooperación*

1A. PRIMER NOMBRE DEL BEBÉ <input type="checkbox"/> Bebé sin nombre		1B. SEGUNDO NOMBRE		1C. APELLIDO(S)		1D. SUFIJO	
2. SEXO <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Aún sin determinar		3. FECHA DE NACIMIENTO		4. HORA DE NACIMIENTO _____:_____:_____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> No se sabe		5. CONDADO DE NACIMIENTO (ej. Maricopa, Pima, etc.)	
6. CIUDAD DE NACIMIENTO		7. LUGAR DONDE OCURRIÓ EL NACIMIENTO <input type="checkbox"/> Clínica/consultorio médico <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de maternidad independiente <input type="checkbox"/> Parto en casa <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ ¿Se planeó el parto en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe					
8. CENTRO DE MATERNIDAD -- O dirección completa si el parto no tuvo lugar en un hospital o centro de maternidad independiente.							
9. ¿DESEA QUE SE LE EMITA UN NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL A SU BEBÉ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Solicito que la Administración de Seguridad Social le asigne un número de Seguridad Social al bebé mencionado en este formulario y autorizo al Estado a que le proporcione a la Administración de Seguridad Social la información aquí contenida, la cual es necesaria para la asignación de dicho número.							
Firma							
10. ¿EL BEBÉ ESTÁ VIVO AL MOMENTO DEL REPORTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bebé transferido, situación desconocida				11. ¿EL BEBÉ ESTÁ LACTANDO AL MOMENTO DEL ALTA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe			
12A. PRIMER NOMBRE DE QUIEN ATENDIÓ EL PARTO		12B. SEGUNDO NOMBRE		12C. APELLIDO(S)		12D. SUFIJO	
12E. CARGO DE QUIEN ATENDIÓ EL PARTO <input type="checkbox"/> DR. (M.D.) <input type="checkbox"/> Médico osteópata (D.O.) <input type="checkbox"/> C.N.M./C.M. (Enfermera Obstétrica Certificada/Partera Certificada) <input type="checkbox"/> Partera Profesional Certificada (C.P.M.)/Partera con Licencia (L.M.) <input type="checkbox"/> Otro tipo de partera <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Otra (especifique)							
13. FIRMA DE QUIEN ATENDIÓ EL PARTO		14. FECHA DE LA FIRMA		15. Identificación Nacional de Proveedor (para ser completado por el agente de cuidado de la salud) _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No se sabe			
16A. PRIMER NOMBRE DEL INFORMANTE		16B. SEGUNDO NOMBRE		16C. APELLIDO(S)		16D. SUFIJO	
17. RELACIÓN CON EL BEBÉ <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____							
18. FIRMA DEL INFORMANTE				19. FECHA DE LA FIRMA (FECHA EN QUE EL PADRE/LA MADRE/EL INFORMANTE FIRMO LA PLANILLA)			
20A. PRIMER NOMBRE DE LA MADRE ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO		20B. SEGUNDO NOMBRE DE LA MADRE ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO		20C. APELLIDO(S) DE LA MADRE ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO			
20D. SUFIJO		20E. APELLIDO(S) LEGAL ACTUAL				21. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No se sabe	

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
Número de expediente \_\_\_\_\_



38. DOMICILIO POSTAL DE LA MADRE Número, calle, núm. de depto o P.O. Box completos <input type="checkbox"/> Dirección en el extranjero (No ingrese números de ruta rurales) Línea de dirección 1 _____ Núm. de depto. _____ Línea de dirección 2 _____		39. ¿LA DIRECCIÓN POSTAL ES IGUAL A LA DE RESIDENCIA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
40. ESTADO (territorio de los Estados Unidos o provincia Canadiense)	41. CÓDIGO POSTAL	42. CIUDAD	
43. INFORMACIÓN DE EMBARAZOS PREVIOS Número de partos vivos cuyos productos aún viven _____ <input type="checkbox"/> Ninguno Número de partos vivos cuyos productos han fallecido _____ <input type="checkbox"/> Ninguno Fecha del último parto vivo (mm/aaaa) _____ Número de otros resultados del embarazo _____ <input type="checkbox"/> Ninguno Fecha del último resultado del embarazo (mm/aaaa) _____		44. INFORMACIÓN DEL PARTO Calificación APGAR a 5 minutos _____ Calificación APGAR a 10 minutos _____ <input type="checkbox"/> Peso al nacer en gramos _____ <input type="checkbox"/> Longitud al nacer en pulgadas _____ <input type="checkbox"/> Peso al nacer en libras/onzas _____ <input type="checkbox"/> Longitud al nacer en centímetros _____ <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> No se sabe	
45. PLURALIDAD <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Trillizo <input type="checkbox"/> Quintillizo <input type="checkbox"/> Septillizo <input type="checkbox"/> Nonillizo <input type="checkbox"/> Undecallizo <input type="checkbox"/> Gemelo <input type="checkbox"/> Cuatrillizo <input type="checkbox"/> Sextillizo <input type="checkbox"/> Octillizo <input type="checkbox"/> Decillizo <input type="checkbox"/> Dodecallizo Si no es único, especifique (primero, segundo, tercero, etc.) _____		46. INFORMACIÓN PRENATAL Fecha en que comenzó su última menstruación normal (mm/dd/aaaa) _____ <input type="checkbox"/> Fecha o parte de la fecha desconocida Cálculo obstétrico de la gestación: Semanas completadas _____ <input type="checkbox"/> No se sabe	
47. CONSULTAS PRENATALES TOTALES _____ (Si no tuvo ninguna, ingrese "0") <input type="checkbox"/> No se sabe Fecha de la primera consulta prenatal (mm/dd/aa) _____ <input type="checkbox"/> Fecha o parte de la fecha desconocida Fecha de la última consulta prenatal (mm/dd/aa) _____ <input type="checkbox"/> Fecha o parte de la fecha desconocida		48. ¿LA MADRE CONSUMIÓ ALIMENTOS WIC DURANTE SU EMBARAZO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe ¿Se usó el registro prenatal para completar el certificado de nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
49A. ¿FUE TRANSFERIDA LA MADRE DE OTRA INSTITUCIÓN POR INDICACIONES MATERNAS O FETALES PARA EL PARTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		49B. DE SER ASÍ, ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (no use siglas)	
50A. ¿SE TRANSFIRIÓ AL BEBÉ A OTRA INSTITUCIÓN DURANTE LAS PRIMERAS 24 HORAS DESPUÉS DEL PARTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		50B. DE SER ASÍ, ESPECIFIQUE EL NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN (no use siglas)	
51. PRINCIPAL ORIGEN DEL PAGO DE ESTE PARTO (Marque una opción) <input type="checkbox"/> AHCCCS <input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="checkbox"/> IHS <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Otro gobierno (federal, estado, local) <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____			
52A. PRIMER NOMBRE LEGAL ACTUAL DEL PADRE	52B. SEGUNDO NOMBRE LEGAL ACTUAL	52C. APELLIDO(S) LEGAL ACTUAL	52D. SUFIJO
53. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL _____ <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No se sabe	54. FECHA DE NACIMIENTO (mm/dd/aaaa)	55. LUGAR DE NACIMIENTO – EE.UU. Estado o territorio	56. LUGAR DE NACIMIENTO - PAÍS

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
Número de expediente \_\_\_\_\_

**57. EDUCACIÓN DEL PADRE**

¿Cuál es el nivel más alto de educación que habrá completado al momento del parto?

Marque la casilla que mejor describa su educación. Si actualmente está estudiando, marque la casilla que indique el grado anterior o el título más alto que haya recibido.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8o. grado o menos, o ninguno  | <input type="checkbox"/> 9o. – 12o. grado, sin diploma   |
| <input type="checkbox"/> Graduada de preparatoria (high school) o diploma de educación general (GED) | <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título  |
| <input type="checkbox"/> Diploma universitario de 2 años (ej. AA, AS)                                | <input type="checkbox"/> Licenciatura (ej. BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> No se sabe ya que los padres abandonaron las instalaciones |
| <input type="checkbox"/> Maestría (ej. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)                                  | <input type="checkbox"/> Doctorado (ej. PhD, EdD), o título profesional (ej. MD, DDS, DVM, LLB, JD) <input type="checkbox"/> No se sabe    |

58. DOMICILIO POSTAL DEL PADRE Número, calle, núm. de depto o P.O.Box completos (no ingrese números de ruta rurales)

- Dirección en el extranjero  Seleccione esta casilla si es la misma dirección postal de la madre

Línea de dirección 1 \_\_\_\_\_ Núm. de depto. \_\_\_\_\_

Línea de dirección 2 \_\_\_\_\_

59. ESTADO (territorio de los Estados Unidos o provincia Canadiense)

60. CÓDIGO POSTAL

61. CIUDAD

62. ¿EL PADRE ES DE ORIGEN HISPANO? (Marque todas las que sean pertinentes)

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino  | <input type="checkbox"/> Mexicano, Mexicano-americano, chicano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> No puede saberse |
| <input type="checkbox"/> Cubano  | <input type="checkbox"/> No se sabe                            | <input type="checkbox"/> Rehusó         |   |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano/latino (ej. español, salvadoreño, dominicano, colombiano) |  |   |   |

63. RAZA DEL PADRE (Marque todas las que sean pertinentes)

- |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco                   | <input type="checkbox"/> Indoasiático       | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano            | <input type="checkbox"/> Chino                | <input type="checkbox"/> Nativo americano o de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Filipino                 | <input type="checkbox"/> Japonés            | <input type="checkbox"/> Coreano                          | <input type="checkbox"/> Vietnamita           | Tribu principal o afiliada _____                      |
| <input type="checkbox"/> Nativo hawaiana          | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Samoano                          |   | Tribu adicional _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Rehusó                   | <input type="checkbox"/> No puede saberse   | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro origen asiático | Tribu adicional _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ | (Especifique) _____                         | (Especifique) _____                                       | (Especifique) _____                           | Tribu adicional _____                                 |
| (Especifique) _____                               | (Especifique) _____                         | (Especifique) _____                                       | (Especifique) _____                           | <input type="checkbox"/> No se sabe                   |

64. FACTORES DE RIESGO MÉDICO DE ESTE EMBARAZO (Marque todas las que sean pertinentes)

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Hipertensión  | <input type="checkbox"/> Parto prematuro previo  |
| <input type="checkbox"/> Pre-embarazo (diagnóstico previo a este embarazo)  | <input type="checkbox"/> Pre-embarazo (crónica)  | (menos de 37 semanas de gestación completadas)   |
| <input type="checkbox"/> Gestacional (diagnóstico en este embarazo)   | <input type="checkbox"/> Gestacional (hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia) | <input type="checkbox"/> Otros resultados no deseados del embarazo   |
|   | <input type="checkbox"/> Eclampsia   | (incluye muerte perinatal, producto pequeño para la edad gestacional/restricción del crecimiento intrauterino) |
| <input type="checkbox"/> Embarazo resultado de tratamiento para la infertilidad; (si selecciona esta opción, marque todos los sub elementos que sean pertinentes) |  | ¿La madre ha tenido cesáreas previas?  |
| <input type="checkbox"/> Medicamentos para la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina   |  | <input type="checkbox"/> Sí De ser así, ¿cuántas? _____  |
| <input type="checkbox"/> Tecnología de reproducción asistida [ej. fertilización <i>in vitro</i> (IVF), transferencia de gametos intrafalopiana (GIFT)]            |  | <input type="checkbox"/> Desconocido   |
|   |  | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores   |

65. INFECCIONES PRESENTES Y/O TRATADAS DURANTE ESTE EMBARAZO (Marque todas las que sean pertinentes)

- Gonorrea  Sífilis  Clamidia  Hepatitis B  Hepatitis C  Ninguna de las anteriores

66. INICIO DEL TRABAJO DE PARTO (Marque todas las que sean pertinentes)

- Sí  No  Ruptura prematura de las membranas (prolongada, 12 horas o más)  Sí  No  Parto precipitado (menos de 3 horas)  Sí  No  Parto prolongado (20 horas o más)
- Ninguna de las anteriores  No se sabe

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Número de expediente \_\_\_\_\_

67. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO (Marque las que sean pertinentes)

- Sí  No  Inducción del parto  
 Sí  No  Presentación no cefálica  
 Sí  No  La madre recibió antibióticos durante el trabajo de parto  
 Sí  No  Se diagnosticó corioamnionitis clínica durante el trabajo de parto o la temperatura materna fue igual o mayor a 38°C (100.4°F)  
 Sí  No Anestesia epidural o raquídea durante el trabajo de parto
- Sí  No  Aceleración del trabajo de parto  
 Sí  No  La madre recibió esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar del feto antes del parto  
 Sí  No  Presencia moderada/abundante de meconio en el líquido amniótico  
 Sí  No  Intolerancia fetal al parto a tal grado que se realizaron una o más de las siguientes acciones: medidas de reanimación intrauterina, mayor evaluación fetal o parto instrumental  
 Ninguna de las anteriores

68. MORBILIDAD MATERNA (Marque las que sean pertinentes)(Ocurrida 24 horas antes del parto o dentro de las 24 horas posteriores a éste)

- Sí  No  Transfusión materna  
 Sí  No  Admisión en la unidad de cuidados intensivos  
 Ninguna de las anteriores
- Sí  No  Histerectomía no planificada  
 Sí  No  Ruptura uterina
- Sí  No  Laceración perineal de tercer o cuarto grado  
 Sí  No  Procedimiento quirúrgico no planeado después del parto

69. ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL BEBÉ (Marque todas las que sean pertinentes)

- Anencefalia  
 Onfalocelo  
 Hipospadias  
 Síndrome de Down (si selecciona esta opción, seleccione por lo menos un sub elemento)  
 Cariotipo confirmado  
 Cariotipo pendiente de confirmación  
 Ninguna de las anomalías mencionadas arriba
- Miomeningocele / Espina bífida  
 Gastosquisis  
 Defecto por reducción de extremidades (no incluye amputación congénita ni síndromes de enanismo)
- Cardiopatía cianótica congénita  
 Labio leporino con o sin paladar hendido
- Hernia diafragmática congénita  
 Labio leporino solo  
 Se desconoce en este momento
- Posible trastorno cromosómico (si selecciona esta opción, seleccione por lo menos un sub elemento)  
 Cariotipo confirmado  
 Cariotipo pendiente de confirmación

70. PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS (Marque todas las que sean pertinentes)

- Cerclaje cervical  
 Tocólisis  
 Versión cefálica externa:  
 Exitosa  
 Fallida  
 Ninguna de las anteriores

71. MÉTODO DE ALUMBRAMIENTO

- A. ¿Se intentó el parto con fórceps, pero de manera fallida? Sí  No   
 C. Presentación del feto en el momento del parto (Marque una opción)  
 Cefálica  De nalgas  Otra  No se sabe
- B. ¿Se intentó la extracción mediante succión, pero de manera fallida? Sí  No   
 D. Ruta final y método de alumbramiento  
 Vaginal/espontáneo  
 Vaginal/Fórceps  
 Vaginal/Succión  
 Cesárea Si fue cesárea, ¿se recurrió a un intento de parto?  Sí  No

72. CONDICIONES ANORMALES DEL RECIÉN NACIDO (Marque todas las que sean pertinentes)(Ocurridas dentro de las 24 horas posteriores al parto)

- Sí  No  Necesidad de ventilación asistida inmediatamente después del parto  
 Sí  No  Admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU)  
 Sí  No  Administración de antibióticos al recién nacido por posible sepsis neonatal  
 Sí  No  Lesión grave ocurrida durante el parto [fracturas esqueléticas, lesiones del sistema nervioso periférico, hemorragia de tejidos blandos o de órganos sólidos que requiere intervención]  
 De ser así, especifique \_\_\_\_\_  
 Ninguna de las anteriores
- Sí  No  Necesidad de ventilación asistida durante más de seis horas  
 Sí  No  Administración de terapia de reemplazo de surfactante al recién nacido  
 Sí  No  ¿Convulsiones o disfunción neurológica grave?

73. CONSUMO DE TABACO ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO

- Por favor indique el número promedio de cigarrillos al día en cada periodo de tiempo. (Si no consumió, ingrese "0". Nota: 1 paquete = 20 cigarrillos)  
 Jamás ha fumado
- |                                      |                                     |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Tres meses antes del embarazo _____  | Primer trimestre del embarazo _____ |
| Segundo trimestre del embarazo _____ | Tercer trimestre del embarazo _____ |
- Número de cigarrillos al día**

74. ESTATURA Y PESO DE LA MADRE

- Estatura de la madre \_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas  
 Peso de la madre antes del embarazo \_\_\_\_\_ libras  
 Peso de la madre inmediatamente antes del embarazo \_\_\_\_\_ libras

Nombre de la madre \_\_\_\_\_  
 Número de expediente \_\_\_\_\_

75. VACUNAS

**Vacuna núm. 1** (Marque una de las siguientes opciones)

HBIG (Inmunoglobulina de la hepatitis B)     Hepatitis B     Otra     Ninguna     No se sabe    Fecha de administración \_\_\_\_\_

Lugar -- marque una de las siguientes opciones

Muslo izquierdo     Deltoides izquierdo     Antebrazo derecho     Oral  
 Muslo derecho     Deltoides derecho     Antebrazo izquierdo     Otro     No se sabe    Núm. de lote \_\_\_\_\_

Fabricante -- marque una de las siguientes opciones

Glaxo Smith Kline     Merck     Otro

Nombre del proveedor (de la persona) \_\_\_\_\_ Título del proveedor \_\_\_\_\_ (M.D., D.O., RN, otro)

**Vacuna núm. 2** (Marque una de las siguientes opciones)

HBIG (Inmunoglobulina de la hepatitis B)     Hepatitis B     Otra     Ninguna     No se sabe    Fecha de administración \_\_\_\_\_

Lugar -- marque una de las siguientes opciones

Muslo izquierdo     Deltoides izquierdo     Antebrazo derecho     Oral  
 Muslo derecho     Deltoides derecho     Antebrazo izquierdo     Otro     No se sabe    Núm. de lote \_\_\_\_\_

Fabricante -- marque una de las siguientes opciones

Glaxo Smith Kline     Merck     Otro

Nombre del proveedor (de la persona) \_\_\_\_\_ Título del proveedor \_\_\_\_\_ (M.D., D.O., RN, otro)

76. NÚM. DE EXPEDIENTE MÉDICO

Expediente médico del bebé \_\_\_\_\_ Expediente médico de la madre \_\_\_\_\_

Estatuto revisado de Arizona §36-342. Divulgación de información; prohibición

- A. El secretario estatal puede proporcionar información contenida en el Registro Civil a diversas entidades, incluidas agencias federales, estatales, locales y de otro tipo, según sea requerido por ley y con propósitos de investigación estadística
- B. Con excepción de los casos autorizados por la ley, un secretario local, un secretario adjunto local o un secretario estatal o sus empleados tienen prohibido:
1. Permitir la inspección de un certificado de registro civil o documentos probatorios que respalden dicho certificado.
  2. Revelar información contenida en un certificado de registro civil.
  3. Transcribir o expedir una copia de la totalidad o parte de un certificado de registro civil

**Registrado por (use letra de imprenta o llene por computadora)**

Nombre: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de registro: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre \_\_\_\_\_

Número de expediente \_\_\_\_\_