

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE SALUD DE ARIZONA
OFICINA DE REGISTROS VITALES

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 CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, PRECISA Y VÁLIDA, SEGÚN MI LEAL ENTENDER.				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 CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE FORMULARIO ES VERDADERA, PRECISA Y VÁLIDA, SEGÚN MI LEAL ENTENDER.				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			

Nombre de la madre _____

Número de expediente _____

20D. SUFIJO		20E. APELLIDO(S) LEGAL ACTUAL		21. NÚMERO DE SEGURIDAD SOCIAL <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> No se sabe	
22. FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE (mm/dd/aaaa)		23. LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE – EE.UU. Estado o territorio		24. LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE - CONDADO	
25. EDUCACIÓN DE LA MADRE ¿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"/> 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 ya que los padres abandonaron las instalaciones <input type="checkbox"/> No se sabe					
26. ¿LA MADRE HA ESTADO CASADA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce en este momento		27. ¿ESTABA CASADA LA MADRE AL MOMENTO DEL PARTO, LA CONCEPCIÓN O EN ALGÚN MOMENTO ENTRE AMBOS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Rehusó <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, divorciada <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Sí, con permiso		28. ¿EL PADRE HA FIRMADO UN RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Paternidad por orden judicial Fecha del reconocimiento de paternidad _____	
29. ¿LA MADRE ES DE ORIGEN HISPANO? (Marque todas las que sean pertinentes) <input type="checkbox"/> No hispana ni latina <input type="checkbox"/> Mexicana, Mexicano-americana, chicana <input type="checkbox"/> Puertorriqueña <input type="checkbox"/> No puede saberse <input type="checkbox"/> Cubana <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> Rehusó <input type="checkbox"/> Sí, otro origen hispano/latino (ej. española, salvadoreña, dominicana, colombiana) Especifique _____					
30. RAZA DE LA MADRE (Marque todas las que sean pertinentes) <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indoasiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Nativa americana o de Alaska <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativa hawaiana <input type="checkbox"/> Guameña o chamorro <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otro origen asiático <input type="checkbox"/> Rehusó <input type="checkbox"/> No puede saberse <input type="checkbox"/> Nativa de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____ (Especifique) _____ (Especifique) _____ <input type="checkbox"/> Tribu principal o afiliada _____ <input type="checkbox"/> Tribu adicional _____ <input type="checkbox"/> Tribu adicional _____ <input type="checkbox"/> Tribu adicional _____ <input type="checkbox"/> No se sabe					
31. DIRECCIÓN COMPLETA DE LA MADRE Número, calle, núm. de depto. completos (No ingrese números de ruta rurales) Línea de dirección 1 _____ Línea de dirección 2 _____				Dirección en el extranjero <input type="checkbox"/> Núm. de depto. _____	
33. CÓDIGO POSTAL		34. CIUDAD		35. CONDADO (ej. Maricopa, Pima, Pinal, etc.)	
36. ¿DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe					
37. ¿LA MADRE RESIDE EN UNA COMUNIDAD TRIBAL DE AZ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, marque <u>solo</u> una <input type="checkbox"/> Comunidad indígena Ak Chin <input type="checkbox"/> Apache Yavapai de Camp Verde <input type="checkbox"/> Tribu Cocopah <input type="checkbox"/> Tribus indígenas del río Colorado <input type="checkbox"/> Tribu de Fort Mojave <input type="checkbox"/> Comunidad Mohave-Apache de Ft. McDowell <input type="checkbox"/> Comunidad indígena del río Gila (Pima) <input type="checkbox"/> Tribu Havasupai <input type="checkbox"/> Tribu Hopi <input type="checkbox"/> Tribu Hualapai <input type="checkbox"/> Tribu Kaibab de los indígenas Paiute <input type="checkbox"/> Tribu Navajo <input type="checkbox"/> Pasqua Yaqui <input type="checkbox"/> Comunidad indígena Yavapai de Prescott <input type="checkbox"/> Tribu Quechua <input type="checkbox"/> Comunidad indígena del río Salt (Pima) <input type="checkbox"/> Tribu Apache de San Carlos <input type="checkbox"/> Tribu Paiute del Sur de San Juan <input type="checkbox"/> Apaches Tonto <input type="checkbox"/> Tribu Tohono O'dham (Papago) <input type="checkbox"/> Tribu Apache de White Mountain (Fort Apache)					

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 _____

<p>67. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO DE PARTO Y DEL PARTO (Marque las que sean pertinentes)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Inducción del parto Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Aceleración del trabajo de parto Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presentación no cefálica Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La madre recibió esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar del feto antes del parto Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> La madre recibió antibióticos durante el trabajo de parto Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Presencia moderada/abundante de meconio en el líquido amniótico Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se diagnosticó corioamnionitis clínica durante el trabajo de parto o la temperatura materna fue igual o mayor a 38°C (100.4°F) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Anestesia epidural o raquídea durante el trabajo de parto <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores</p>	
<p>68. MORBILIDAD MATERNA (Marque las que sean pertinentes)(Ocurrida 24 horas antes del parto o dentro de las 24 horas posteriores a éste)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Transfusión materna Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Histerectomía no planificada Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Laceración perineal de tercer o cuarto grado Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Admisión en la unidad de cuidados intensivos Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ruptura uterina Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Procedimiento quirúrgico no planeado después del parto <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores</p>	
<p>69. ANOMALÍAS CONGÉNITAS DEL BEBÉ (Marque todas las que sean pertinentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Anencefalia <input type="checkbox"/> Miomeningocele / Espina bífida <input type="checkbox"/> Cardiopatía cianótica congénita <input type="checkbox"/> Hernia diafragmática congénita <input type="checkbox"/> Onfalocele <input type="checkbox"/> Gastrosquisis <input type="checkbox"/> Labio leporino con o sin paladar hendido <input type="checkbox"/> Labio leporino solo <input type="checkbox"/> Hipospadias <input type="checkbox"/> Defecto por reducción de extremidades (no incluye amputación congénita ni síndromes de enanismo) <input type="checkbox"/> Se desconoce en este momento <input type="checkbox"/> Síndrome de Down (si selecciona esta opción, seleccione por lo menos un sub elemento) <input type="checkbox"/> Posible trastorno cromosómico (si selecciona esta opción, seleccione por lo menos un sub elemento) <input type="checkbox"/> Cariotipo confirmado <input type="checkbox"/> Cariotipo pendiente de confirmación <input type="checkbox"/> Cariotipo confirmado <input type="checkbox"/> Cariotipo pendiente de confirmación <input type="checkbox"/> Ninguna de las anomalías mencionadas arriba</p>	
<p>70. PROCEDIMIENTOS OBSTÉTRICOS (Marque todas las que sean pertinentes)</p> <p><input type="checkbox"/> Cerclaje cervical <input type="checkbox"/> Tocólisis <input type="checkbox"/> Versión cefálica externa: <input type="checkbox"/> Exitosa <input type="checkbox"/> Fallida <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores</p>	
<p>71. MÉTODO DE ALUMBRAMIENTO</p> <p>A. ¿Se intentó el parto con fórceps, pero de manera fallida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> B. ¿Se intentó la extracción mediante succión, pero de manera fallida? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> C. Presentación del feto en el momento del parto (Marque una opción) <input type="checkbox"/> Cefálica <input type="checkbox"/> De nalgas <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/> No se sabe D. Ruta final y método de alumbramiento <input type="checkbox"/> Vaginal/espontáneo <input type="checkbox"/> Vaginal/Fórceps <input type="checkbox"/> Vaginal/Succión <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Si fue cesárea, ¿se recurrió a un intento de parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>72. CONDICIONES ANORMALES DEL RECIÉN NACIDO (Marque todas las que sean pertinentes)(Ocurridas dentro de las 24 horas posteriores al parto)</p> <p>Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesidad de ventilación asistida inmediatamente después del parto Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Necesidad de ventilación asistida durante más de seis horas Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Admisión a la unidad de cuidados intensivos neonatales (NICU) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Administración de terapia de reemplazo de surfactante al recién nacido Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Administración de antibióticos al recién nacido por posible sepsis neonatal Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Convulsiones o disfunción neurológica grave? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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 _____ <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores</p>	
<p>73. CONSUMO DE TABACO ANTES Y DURANTE EL EMBARAZO</p> <p>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)</p> <p><input type="checkbox"/> Jamás ha fumado Número de cigarrillos al día</p> <p>Tres meses antes del embarazo _____ Primer trimestre del embarazo _____ Segundo trimestre del embarazo _____ Tercer trimestre del embarazo _____</p>	<p>74. ESTATURA Y PESO DE LA MADRE</p> <p>Estatura de la madre _____ pies _____ pulgadas Peso de la madre antes del embarazo _____ libras Peso de la madre inmediatamente antes del embarazo _____ libras</p>

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 _____

Declaración de la Ley de Privacidad: La Sección 702 de la Ley del Seguro Social (SSA), según enmendada, permite a la SSA recopilar información sobre raza e información étnica, que utilizaran con fines de investigación y estadísticos. Proporcionar la información es voluntario; no proporcionar toda o parte de la información no le afectará. Según lo permita la ley, la SSA puede usar o compartir la información que usted envía, incluso con otras agencias federales, contratistas, beneficiarios, estudiantes voluntarios e otros, como se describe en los usos de rutina en el Aviso del Sistema de Registro (SORNO) 60-0104, disponible en www.ssa.gov/privacy.