

Casillas con un asterisco (*) son requeridas y aparecen en el Acta de Nacimiento

| For Hospital Use Only | | | |
|--|--|---|--|
| Mother/Parent's Medical Record #: | Child's Medical Record #: | Prefer Parent / Parent Labels on Birth Certificate (Default Labels are Mother / Father) | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Plurality: | <input type="checkbox"/> 1- single birth <input type="checkbox"/> 2- twin <input type="checkbox"/> 3- triplet <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
| If multiple, this worksheet is for child: | <input type="checkbox"/> 1- first born <input type="checkbox"/> 2- second born <input type="checkbox"/> 3- third born <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
| Información Sobre el Niño/a | | | |
| *1. Nombre del Niño/a | | | |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | |
| *2. Fecha de nacimiento del niño/a (MM/DD/AAAA) | 3. Hora de nacimiento | 4. Sexo del niño/a <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | |
| 5. Tipo de Lugar de Nacimiento | | 6. Lugar de Nacimiento Planificado, si es diferente (Especifique): | |
| <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> En Casa-Planificado <input type="checkbox"/> En ruta <input type="checkbox"/> Clínica/Consultorio Medico <input type="checkbox"/> Centro de Partos Independiente <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): | | | |
| *7. Nombre de la Facilidad (si no es una facilidad, indique el nombre y la dirección del lugar) | | *8. Condado de Nacimiento | *9. Ciudad de Nacimiento |
| Información Sobre la Madre/Persona que Dio a Luz | | | |
| 10. Nombre Legal Actual de la Madre/Persona que dio a luz | | | |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | |
| *11. Nombre completo como aparece en su acta de nacimiento | | | |
| Primer Nombre | Segundo Nombre | Apellido | |
| *12. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) | *13. Lugar de Nacimiento (Estado, Territorio, o País Extranjero) | 14. Numero de Seguro Social | |
| 15. ¿Quiere obtener un Numero de Seguro Social para su niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |
| 16a. Domicilio: Numero y Calle (p. ej.: 624 SE 5 th St.) | | | No de Apt |
| 16b. Si no es en E.U.; País | | 16c. Estado | 16d. Condado |
| 16e. Si vive en una reservación tribal, de el nombre | | 16f. Ciudad o Pueblo | 16g. Código Postal + 4 |
| 16h. ¿Dentro de los Limites de la Ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe | | 17. ¿Tiempo que ha Vivido en su Domicilio Actual? Años: Mecas: | 18. Numero de Teléfono () |
| 19a Dirección de correo, si es diferente: Numero y Calle o PO Box: | | | No de Apt |
| 19b. Si no es en E.U.; País | | 19c. Estado | 19d. Ciudad |
| | | 19e. Código Postal + 4 | |
| 20. Ocupación (tipo de trabajo hecho durante el ultimo año) | | 21. Tipo de Negocio/Industria (no utilice el nombre de la compañía) | |
| 22. Nivel de Educación de la Madre/ Persona que Dio a Luz (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto completado a la hora del parto.) | | 23. ¿Es la Madre/Persona que Dio a Luz de Origen Hispano? (Marque la casilla que mejor indique si la madre es Española/Hispana/Latina o marque la casilla "No" si no es Española/Hispana/Latina.) | |
| 1 <input type="checkbox"/> 8 th año o menor (Especifique): _____ 2 <input type="checkbox"/> del 9 th – 12 th año; sin diploma 3 <input type="checkbox"/> Graduada de la escuela secundaria o equivalente (GED) 4 <input type="checkbox"/> Algunos estudios superiores, pero sin diploma 5 <input type="checkbox"/> Título de asociado (AA, AS, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Licenciatura (BA, AB, BS, etc.) 7 <input type="checkbox"/> Maestría (MA, MS, MEd, MSW, MBA, etc.) 8 <input type="checkbox"/> Doctorado (PhD, EdD, etc.) o título profesional (MD, DDS, DVM, LLB, JD, etc.) | | 1 <input type="checkbox"/> No, no es Española/Hispana/Latina 2 <input type="checkbox"/> Sí, es Mexicana, Mexicana Americana, o Chicana 3 <input type="checkbox"/> Sí, es Puertorriqueña 4 <input type="checkbox"/> Sí, es Cubana 5 <input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen Española/Hispana/Latina (Especifique): | |
| | | 24. Raza de la Madre/ Persona que Dio a Luz (marque una o más casillas) | |
| | | 1 <input type="checkbox"/> Blanca 2 <input type="checkbox"/> Negra o Africana-Americana 3 <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska (Nombre de la tribu inscrita o principal) 4 <input type="checkbox"/> India Asiática 5 <input type="checkbox"/> China 6 <input type="checkbox"/> Filipina 7 <input type="checkbox"/> Japonesa 8 <input type="checkbox"/> Coreana 9 <input type="checkbox"/> Vietnamita 10 <input type="checkbox"/> Otra Asiática (Especifique): 11 <input type="checkbox"/> Hawaiana Nativa 12 <input type="checkbox"/> Guamaniana or Chamorro 13 <input type="checkbox"/> Samoana 14 <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacifico (Especifique): 15 <input type="checkbox"/> Otra (Especifique): | |

| | | | |
|--|---|---|--|
| Información Sobre la Madre/Persona que Dio a Luz | 25. Estatura de la Madre Pies: _____ Pulgadas: _____ | 26. Peso Antes del Embarazo (Libras) | 27. ¿Se utilizaron los beneficios de WIC durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | 28. Uso de cigarrillos antes y durante el embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Numero promedio de cigarrillos o de paquetes por día: # de cigarrillos _____ # de paquetes _____ | |
| | Tres meses antes del embarazo _____ or _____ | Primer trimestre del embarazo _____ or _____ | Segundo trimestre del embarazo _____ or _____ |
| | Ultimo trimestre del embarazo _____ or _____ | | |

Estado Marital de la Madre/Persona que Dio a Luz

29. Está casada la madre/persona que dio a luz? (Marque una casilla solamente)

Importante – Lea antes de responder a la pregunta del estado marital (civil):

Si estaba casada en cualquier momento durante su embarazo, su cónyuge o pareja se considera el otro padre legal al menos que él o ella complete una negación de paternidad y otra persona reconozca que es un madre/padre. (capítulo 26.26A RCW). Para agregar a alguien que no sea su cónyuge o pareja al acta de nacimiento, un Reconocimiento de Paternidad (DOH 422-159) y una Negación de Paternidad (DOH 422-158) se tienen que completar para toda la gente implicada. Bajo la ley del Estado de Washington, una asociación domestica registrada con el estado se considera lo mismo que un matrimonio. (capítulo 26.60 RCW).

Si no estaba casada en cualquier momento durante su embarazo, un Reconocimiento de Paternidad se debe completar para agregar a la madre/padre #2 al acta de nacimiento.

Casada - Si

Casada - No

| | |
|---|---|
| 29a. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada con la otra persona identificada en la casilla #30. | 29d. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada. Estoy proporcionando la información de madre/padre #2 en la casilla #30. Completare el formulario Reconocimiento de Paternidad en el hospital. <i>Pregunte al personal del hospital por el formulario Reconocimiento de Paternidad (DOH 422-159).</i> |
| 29b. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada pero no con la persona identificada en la casilla #30. <i>Pregunte al personal del hospital por el formulario Reconocimiento de Paternidad (DOH 422-159). Debe completar este formulario, incluyendo la Negación de Paternidad (DOH 422-158) del cónyuge.</i> | 29e. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada ahora, pero en algún momento durante este embarazo estaba casada con la otra persona identificada en la casilla #30. |
| 29c. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada pero no estoy proporcionando la información del cónyuge o pareja. <i>Si se marca esta casilla, el otro padre se listara en el acta de nacimiento como "None Named".</i> | 29f. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada y no proporcionare el formulario Reconocimiento de Paternidad completado con la información de madre/padre #2. <i>Si se marca esta casilla, el otro padre se listara en el acta de nacimiento como "None Named".</i> |

Información de Madre/ Padre #2

| | | | |
|---|---|--|-----------------------------------|
| *30. Nombre Legal Actual de Madre/Padre #2 Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ | *31. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA) _____ | *32. Lugar de Nacimiento (Estado, Territorio, o Pais Extranjero) _____ | 33. Numero de Seguro Social _____ |
|---|---|--|-----------------------------------|

| | |
|---|---|
| 34. Ocupación (tipo de trabajo hecho durante el ultimo año) _____ | 35. Tipo de Negocio/Industria (no utilice el nombre de la compañía) _____ |
|---|---|

| | | |
|---|--|--|
| 36. Nivel de Educación de Madre/Padre #2 (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto completado a la hora del parto.) 1 <input type="checkbox"/> 8 th año o menor (Especifique): _____ 2 <input type="checkbox"/> del 9 th – 12 th año; sin diploma 3 <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o equivalente (GED) 4 <input type="checkbox"/> Algunos estudios superiores, pero sin diploma 5 <input type="checkbox"/> Título de asociado (AA, AS, etc.) 6 <input type="checkbox"/> Licenciatura (BA, AB, BS, etc.) 7 <input type="checkbox"/> Maestría (MA, MS, MEd, MSW, MBA, etc.) 8 <input type="checkbox"/> Doctorado (PhD, EdD, etc.) o título profesional (MD, DDS, DVM, LLB, JD, etc.) | 37. ¿Es Madre/Padre #2 de Origen Hispano? (Marque la casilla que mejor indique si el Padre/ Padres es Español/Hispano/Latino o marque la casilla "No" si no es Español/Hispano/Latino.) 1 <input type="checkbox"/> No, no es Español/Hispano/Latino 2 <input type="checkbox"/> Sí, es Mexicano, Mexicano Americano, o Chicano 3 <input type="checkbox"/> Sí, es Puertorriqueño 4 <input type="checkbox"/> Sí, es Cubano 5 <input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen Español/Hispano/Latino (Especifique): _____ | 38. Raza de Madre/Padre #2 (marque una o más casillas) 1 <input type="checkbox"/> Blanco 2 <input type="checkbox"/> Negro o Africano Americano 3 <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska (Nombre de la tribu inscrita o principal) 4 <input type="checkbox"/> Indio Asiático 5 <input type="checkbox"/> Chino 6 <input type="checkbox"/> Filipino 7 <input type="checkbox"/> Japonés 8 <input type="checkbox"/> Coreano 9 <input type="checkbox"/> Vietnamita 10 <input type="checkbox"/> Otro Asiático (Especifique): _____ 11 <input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo 12 <input type="checkbox"/> Guamaniano or Chamorro 13 <input type="checkbox"/> Samoano 14 <input type="checkbox"/> Otro de las islas del Pacifico (Especifique): _____ 15 <input type="checkbox"/> Otro (Especifique): _____ |
|---|--|--|

Estado Marital de la Madre/Persona que Dio a Luz

Información de Madre/ Padre #2

For Hospital Use Only

Mother/Parent's Statistical Information

| | | |
|--|---|--|
| 39. Date of <u>First</u> Prenatal Care Visit (MM/DD/YYYY) / / <input type="checkbox"/> No Prenatal Care | 40. Date of <u>Last</u> Prenatal Care Visit (MM/DD/YYYY) / / | 41. Total Number of Prenatal Visits for this Pregnancy (If none, enter '0') _____ |
| 42. Number of Previous Live Births (Do not include this child) Number Now Living _____ <input type="checkbox"/> None Number Now Dead _____ <input type="checkbox"/> None | 43. Date of Last Live Birth (MM/YYYY) (Do not include this child) / / | 44. Number of Other Pregnancy Outcomes (Spontaneous or induced losses or ectopic pregnancies) Number of Other Outcomes _____ <input type="checkbox"/> None |
| 45. Date of Last Other Pregnancy Outcome (MM/YYYY) / / | 46. Date Last Normal Menses Began (MM/DD/YYYY) / / | 47. Mother/Parent's Weight at Delivery(pounds) / / |
| 48. Was mother/parent transferred to higher level care for maternal medical or fetal indications for delivery? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name of facility mother/parent was transferred from: | 49. Principal Source of Payment for this Delivery <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Self-Pay <input type="checkbox"/> Private Insurance <input type="checkbox"/> Other Gov't <input type="checkbox"/> Tricare <input type="checkbox"/> Indian Health <input type="checkbox"/> Charity Care <input type="checkbox"/> Other _____ | |

Child's Statistical Information

| | | |
|---|---|--|
| 50. Birth Weight lbs: _____ ozs: _____ or grams: _____ | 51. Infant Head Circumference (cm) _____ | 52. Obstetric Estimate of Gestation (completed weeks) _____ |
| 53. Apgar score at 5 minutes _____ If score is less than 6, score at 10 minutes _____ | | |
| 54. Plurality: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> twins <input type="checkbox"/> triplets <input type="checkbox"/> other _____ | | 55. If not single birth; birth order: <input type="checkbox"/> first <input type="checkbox"/> second <input type="checkbox"/> third <input type="checkbox"/> other _____ |
| 56. Was infant transferred within 24 hours of delivery? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name of facility infant was transferred to: | 57. Is infant living at the time of report? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Transferred, status unknown | 58. Is infant being breastfed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Medical and Health Information

| | | |
|---|---|--|
| 59. Risk Factors in this Pregnancy (check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Prepregnancy (Diagnosis prior to this pregnancy) <input type="checkbox"/> Gestational (Diagnosis in this pregnancy) 2 <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Prepregnancy (Chronic) <input type="checkbox"/> Gestational (PIH, preeclampsia) <input type="checkbox"/> Eclampsia 3 <input type="checkbox"/> Previous preterm births 4 <input type="checkbox"/> Other previous poor pregnancy outcome (includes perinatal death, small-for-gestational age/intrauterine growth restricted birth) 5 <input type="checkbox"/> Vaginal bleeding during this pregnancy prior to the onset of labor 6 <input type="checkbox"/> Pregnancy resulted from infertility treatment - If yes-check all that apply: <input type="checkbox"/> Fertility-enhancing drugs, artificial insemination or intrauterine insemination <input type="checkbox"/> Assisted reproductive technology [e.g., in vitro fertilization (IVF), gamete intrafallopian transfer (GIFT)] 7 <input type="checkbox"/> Mother had a previous cesarean delivery? If Yes, how many _____ 8 <input type="checkbox"/> Group B Streptococcus culture positive 9 <input type="checkbox"/> None of the above | 60. Infections Present and/or Treated During this Pregnancy (check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Gonorrhea 2 <input type="checkbox"/> Syphilis 3 <input type="checkbox"/> Herpes Simplex Virus (HSV) 4 <input type="checkbox"/> Chlamydia 5 <input type="checkbox"/> Hepatitis B 6 <input type="checkbox"/> Hepatitis C 7 <input type="checkbox"/> HIV Infection 8 <input type="checkbox"/> Other _____ Specify: _____ 9 <input type="checkbox"/> None of the above | 61. Maternal Morbidity (complications associated with labor and delivery) (Check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Maternal transfusion 2 <input type="checkbox"/> Third or fourth degree perineal laceration 3 <input type="checkbox"/> Ruptured uterus 4 <input type="checkbox"/> Unplanned hysterectomy 5 <input type="checkbox"/> Admission to intensive care unit 6 <input type="checkbox"/> Unplanned operating room procedure following delivery 7 <input type="checkbox"/> None of the above |
| 62. Method of Delivery A. Was delivery with forceps attempted but unsuccessful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No B. Was delivery with vacuum extraction attempted but unsuccessful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No C. Fetal presentation at birth <input type="checkbox"/> Cephalic <input type="checkbox"/> Breech <input type="checkbox"/> Other D. Final route and method of delivery (Check One) <u>Vaginal:</u> <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Vacuum OR <u>Cesarean:</u> <input type="checkbox"/> If cesarean, was a trial of labor attempted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | 63. Obstetric procedures (Check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Cervical cerclage 2 <input type="checkbox"/> Tocolysis 3 <input type="checkbox"/> External cephalic version: <input type="checkbox"/> Successful <input type="checkbox"/> Failed 4 <input type="checkbox"/> None of the above 64. Onset of Labor (Check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Premature rupture of the membranes (Prolonged, ≥ 12hr) 2 <input type="checkbox"/> Precipitous Labor (< 3hr) 3 <input type="checkbox"/> Prolonged Labor (≥ 20hr) 4 <input type="checkbox"/> None of the above | 65. Characteristics of Labor and Delivery (Check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Induction of labor 2 <input type="checkbox"/> Augmentation of labor 3 <input type="checkbox"/> Non-vertex presentation 4 <input type="checkbox"/> Epidural or spinal anesthesia during labor 5 <input type="checkbox"/> Steroids (glucocorticoids) for fetal lung maturation received by the mother prior to delivery 6 <input type="checkbox"/> Antibiotics received by the mother during labor 7 <input type="checkbox"/> Clinical chorioamnionitis diagnosed during labor or maternal temperature ≥38°C (100.4°F) 8 <input type="checkbox"/> Moderate/heavy meconium staining of the amniotic fluid 9 <input type="checkbox"/> Fetal intolerance of labor such that one or more of the following actions was taken: in-utero resuscitation measures, further fetal assessment, or operative delivery 10 <input type="checkbox"/> None of the above |
| 66. Abnormal Conditions of the Newborn (Occurring within 24 hours of delivery) (check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Assisted ventilation required immediately following delivery 2 <input type="checkbox"/> Assisted ventilation required for more than six hours 3 <input type="checkbox"/> NICU admission 4 <input type="checkbox"/> Newborn given surfactant replacement therapy 5 <input type="checkbox"/> Antibiotics received by the newborn for suspected neonatal sepsis 6 <input type="checkbox"/> Seizure or serious neurologic dysfunction 7 <input type="checkbox"/> Significant birth injury (skeletal fracture(s), peripheral nerve injury, soft tissue or solid organ hemorrhage which requires intervention) 8 <input type="checkbox"/> None of the above | 67. Congenital Anomalies of the Newborn (Observed within 24 hours of delivery) (Check all that apply): 1 <input type="checkbox"/> Anencephaly 2 <input type="checkbox"/> Meningocele / Spina bifida 3 <input type="checkbox"/> Cyanotic congenital heart disease 4 <input type="checkbox"/> Congenital diaphragmatic hernia 5 <input type="checkbox"/> Omphalocele 6 <input type="checkbox"/> Gastroschisis 7 <input type="checkbox"/> Limb reduction defect (excluding congenital amputation and dwarfing syndrome) | 8 <input type="checkbox"/> Cleft Lip with or without Cleft Palate 9 <input type="checkbox"/> Cleft Palate alone 10 Down Syndrome <input type="checkbox"/> Karyotype confirmed <input type="checkbox"/> Karyotype pending 11 Chromosomal disorder <input type="checkbox"/> Karyotype confirmed <input type="checkbox"/> Suspected, Karyotype pending 12 <input type="checkbox"/> Hypospadias 13 <input type="checkbox"/> None of the above |

Attendant and Certifier Information

| | |
|--|--|
| 68. Certifier – Name and Title | 69. Date Certified (MM/DD/YYYY) / / |
| 70. Attendant – Name and Title (if other than Certifier) | 71. NPI of person delivering the baby: |