

Estado de Georgia Acta de nacimiento

Número de expediente estatal: _____

NINO

Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido(s) _____
		Sufijo _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ (mes/día/año)	Hora de nacimiento ____:____ a. m./p. m. (HH:MM)	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Nombre del centro médico/hospital: NGMC		
Dirección completa/lugar del parto si no fue en un hospital:		Condado <u>Hall</u>
Calle y número	743 Spring St	Ciudad Gainesville
		Estado GA
Código postal 30501		

Nombre legal actual de la madre

Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido(s) _____
Fecha de nacimiento ____/____/____ (mes/día/año)	Lugar de nacimiento (estado/territorio) _____	País de nacimiento _____
		Número de Seguro Social ____-____-____

¿Solicita un número de Seguro Social para el niño?
 Sí No

Si no está casada, ¿se firmó el Reconocimiento de paternidad en el hospital?
 Sí No No sabe

¿Está la madre casada?
 Sí No No sabe No contesta

Fecha en que se firmó el Reconocimiento de paternidad:
____/____/____
(mes/día/año)

Nombre de la madre antes de su primer matrimonio

Primer nombre _____	Segundo nombre _____	Apellido(s) _____
Domicilio Actual:		Condado _____
Calle y número	Ciudad	Estado
		Código postal
Condado _____	País _____	¿Está dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe
Número de teléfono () _____	Años ____ Meses ____ en el domicilio actual	

MADRE I

MADRE II

Nivel de estudios de la madre: _____ ¿Hay antecedentes de sordera infantil en la familia? Sí No

Ocupación de la madre: _____ Tipo de negocio o industria: _____

¿Es la madre de origen o ascendencia hispana? Sí No Si respondió Sí, marque con un círculo:

Mexicana/mexicana-estadounidense/chicana
 Portorriqueña
 Cubana
 *Otra española/hispana/latina

*Otra (especifique) _____ No sabe No contesta No disponible

Raza de la madre (marque con un círculo todas las que correspondan):

Blanca
 India asiática
 China
 Filipina
 Japonesa
 Coreana
 Negra/afroamericana

Vietnamita
 Nativa de Hawái
 Guameña/chamorra
 Samoana
 *India americana/nativa de Alaska

*Especifique _____ Otra asiática (especifique) _____

Otra de las islas del Pacífico (especifique) _____ No sabe No contesta No disponible

Otra (especifique) _____

PADRE I

Nombre del padre

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____
Sufijo _____

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento (estado/territorio) _____ País de nacimiento _____ Número de Seguro Social _____
(mes/día/año) Domicilio: Igual que la madre Condado _____

Calle y número _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Nivel de estudios del padre: _____

Ocupación del padre: _____ Tipo de negocio o industria: _____

¿Es el padre de origen o ascendencia hispana? Sí No Si respondió Sí, marque con un círculo:

Mexicano/mexicano-estadounidense/chicano *Portorriqueño* *Cubano* *Otro español/hispano/latino

*Otro (especifique) _____ No sabe No contesta No disponible

Raza del padre (marque con un círculo todas las que correspondan):

Blanco *Indio asiático* *Chino* *Filipino* *Japonés* *Coreano* *Negro/afroamericano*

Vietnamita *Nativo de Hawái* *Guameño/chamorro* *Samoano* *Indio americano/nativo de Alaska

*Especifique _____ Otra asiática (especifique) _____

Otra de las islas del Pacífico (especifique) _____ No sabe No contesta No disponible

PADRE II

Número de expediente médico de la madre _____

Peso de la madre antes del embarazo _____ lb No sabe

Peso de la madre al momento del parto _____ lb No sabe

Altura de la madre _____ pies _____ pulgadas No sabe

¿Recibió la madre alimentos del Programa de Nutrición Complementaria (WIC) para Mujeres, Lactantes y Niños durante este embarazo? Sí No No sabe

La madre, ¿fuma/fumó cigarrillos?

Sí No No sabe

Si respondió Sí, ¿cuántos cigarrillos fumó?

cantidad de cigarrillos _____ cantidad de paquetes _____

Tres meses antes del embarazo _____ 0 _____

Primer trimestre de embarazo _____ 0 _____

Segundo trimestre de embarazo _____ 0 _____

Tercer trimestre de embarazo _____ 0 _____

Información del informante

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____

Relación con el niño _____ Fecha en que firma _____ / _____ / _____ No sabe

ESTADÍSTICAS DE LA MADRE I

Previos nacimientos vivos: (#) (no incluir este)

Cantidad de hijos vivos actualmente _____ Ninguno No sabe

Cantidad de hijos fallecidos actualmente _____ Ninguno No sabe

Cantidad de pérdidas de embarazos (aborto espontáneo o por embarazo ectópico) _____ Ninguno No sabe

Fecha del último nacimiento vivo _____ / _____ / _____

(mes/día/año)

Fecha del último otro desenlace de embarazo _____ / _____ / _____
(mes/día/año)

Fecha de su primera consulta de asistencia prenatal _____ / _____ / _____ (mes/día/año) Sin asistencia prenatal No sabe

Fecha de su última consulta de asistencia prenatal _____ / _____ / _____ (mes/día/año) No sabe

Cantidad total de consultas de asistencia prenatal: _____ Información no disponible actualmente
(Si no tuvo, escriba "0") No sabe

Fecha de inicio de la última menstruación normal: _____ / _____ / _____
 Información no disponible actualmente (MM/DD/YYYY)

La madre fue transferida para el parto: Sí No Si respondió Sí, ¿dónde?: _____

Principal forma de pago para este parto: _____

ESTADÍSTICAS DE LA MADRE II