

Partida de nacimiento de su bebé

Llene la siguiente planilla y entréguela al personal del hospital antes de retirarse del hospital. La información de esta planilla se usa para completar la partida de nacimiento de su bebé, cumplir con las leyes federales y de Oregon y recabar datos útiles para la salud pública.

Por favor, responda a todas las preguntas.

Brindar información correcta para la partida de nacimiento de su bebé

Es importante que proporcione nombres, fechas y lugares de nacimiento **correctos**. Indique los nombres completos y asegúrese de que los nombres del bebé, de la madre y del padre u otro progenitor estén escritos tal como usted desea que aparezcan en la partida de nacimiento. *Si todavía no decidió el nombre de su bebé, deje el espacio en blanco (todo lo que escriba en ese espacio será el nombre legal de su hijo).*

NOSOTROS NO SOLICITAMOS AUTOMÁTICAMENTE UNA PARTIDA DE NACIMIENTO LEGAL DE SU HIJO.

Usted puede solicitar una copia certificada de la partida de nacimiento en la oficina del registro civil de su condado (dentro de los seis meses del nacimiento) o en el Centro de Estadísticas de Salud del estado. Hay una tarifa de \$25 por cada certificado. Pueden aplicarse otras tarifas.

Recomendamos a los padres solicitar una copia certificada del acta de nacimiento dentro del primer año de vida del niño a fin de confirmar que la información es correcta (por ejemplo, que el nombre esté bien escrito).

Corrección de la partida de nacimiento de su bebé

Si se necesita una corrección, comuníquese con el registro civil del estado mediante nuestro sitio en Internet: <http://www.oregon.gov/oha/ph/birthdeathcertificates/changevitalrecords/pages/index.aspx> o llámenos al 971-673-1190.

Después de un año de nacimiento, los requisitos para hacer cambios son más complicados y se debe pagar una tarifa de corrección de \$35.

Información requerida por las leyes federales

Las leyes federales requieren obtener los números de Seguro Social de los padres al momento del nacimiento del niño. Esta información se utiliza solo a los fines de cumplir la ley y no se incluye en la partida de nacimiento.

Información útil para la salud pública

Muchas de las preguntas de la planilla no aparecen en la partida de nacimiento de su hijo. Su información médica es anónima y se combina con la información de otras actas de nacimiento de Oregon. Cada pregunta tiene un propósito. Esta información combinada es útil para conocer los problemas que suelen tener las mujeres durante el embarazo. También le sirve al Oregon Health Authority evaluar la equidad en salud, decidir qué servicios ofrecer, evaluar la distribución de los fondos de salud pública, y para saber los diferentes niveles de necesidades de los distintos grupos de mujeres. Esa es la razón por la que solicitamos información sobre raza, etnia, idioma, y discapacidad (REALD) así como información sobre su educación, cantidad de consultas prenatales y otros datos específicos. Compartir sus datos con nosotros no afectará ningún beneficio que reciba del estado. Puede encontrar un video con información sobre REALD en:

<https://youtu.be/58AWIC1mebg>.

La información de contacto (nombre, dirección y número de teléfono) puede ser divulgada para la investigación de salud pública. En este tipo de investigaciones existen requisitos estrictos para comunicarse con las personas e informarles acerca de sus derechos en los proyectos que se llevan a cabo, incluso el derecho a negarse a participar.

La información de contacto también puede entregarse a las agencias estatales para que informen a los padres acerca de oportunidades y programas que puedan ser útiles para sus hijos.

Acta de nacimiento
PLANILLA PARA LOS PADRES

Llenar con letra de imprenta clara

NIÑO

Nombre legal, tal como desea que aparezca en la partida de nacimiento

Primer nombre	Segundo nombre	Tercer nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	---------------	----------	--------

Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

Sexo: Femenino Masculino Indeterminado X

¿Desea solicitar un número de Seguro Social para su hijo?
 Sí No (Complete el documento adjunto: "Autorización para otorgar un número de Seguro Social a un recién nacido")

MADRE BIOLÓGICA (LA QUE TUVO AL BEBÉ)

Nombre legal actual

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Nombre legal antes del primer matrimonio (de soltera) o nombre legal cuando nació Marcar si es el mismo que el nombre legal actual

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
---------------	----------------	----------	--------

Fecha de nacimiento: ____/____/____
MM DD AAAA

N° de Seguro Social Marcar si no tiene

Lugar de Nacimiento: Estado País

DIRECCIÓN DE LA MADRE BIOLÓGICA

Domicilio de la madre

N° y calle	Depto./unidad/espacio	Ciudad	Condado	Estado	Cód. postal
------------	-----------------------	--------	---------	--------	-------------

Dirección postal de la madre (si es diferente) N° y calle o casilla de correo (P.O. Box) Depto./unidad/espacio Ciudad Condado Estado Cód. postal

Marcar si es igual al domicilio

¿Vive dentro de los límites de la ciudad?
 Sí No

N° de teléfono principal N° de teléfono secundario

CARACTERÍSTICAS DE LA MADRE BIOLÓGICA

Educación: ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

<input type="checkbox"/> 8º grado o menos	<input type="checkbox"/> De 9º a 12º grado, sin diploma	<input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad, sin título	<input type="checkbox"/> Título terciario (p. ej., AA, AS)	<input type="checkbox"/> Título de grado (p. ej., BA, BS, AB)
<input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)	<input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título de especialización profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD)	

Raza y grupo étnico:
 ¿Cómo identifica usted su raza, grupo étnico, origen tribal, país de origen o ascendencia?
 Escriba sus respuestas aquí. _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe su identidad racial o étnica? Marque TODAS las opciones que correspondan.

<p>Hispano(a) y Latino/a/x:</p> <input type="checkbox"/> Centroamericano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Sudamericano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Hispano(a) o Latino/a/x de otro origen <i>Especifique</i> _____ <p>Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico</p> <input type="checkbox"/> Chamoru (Chamorro(a)) <input type="checkbox"/> Marshalés(a) <input type="checkbox"/> Comunidades de la región de Micronesia <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái <input type="checkbox"/> Samoano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de otras Islas del Pacífico <i>Especifique</i> _____ <p>Blanca:</p> <input type="checkbox"/> De Europa del Este <input type="checkbox"/> Eslavo(a) <input type="checkbox"/> De Europa Occidental <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco <i>Especifique</i> _____	<p>Indígenas notreamericanos y nativos de Alaska:</p> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation) <input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano <i>Especificar tribu(s)</i> _____ <p>Negro(a) y afroestadounidense</p> <input type="checkbox"/> Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Afrocaribeño(a) <input type="checkbox"/> Etíope <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Africano(a) de otro origen (negro) <i>Especifique</i> _____ <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro <i>Especifique</i> _____ <p>De Oriente Medio/del Norte de África:</p> <input type="checkbox"/> De Oriente Medio <input type="checkbox"/> Del Norte de África	<p>Asiática :</p> <input type="checkbox"/> Indígena asiático(a) <input type="checkbox"/> Camboyano(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Comunidades de Myanmar <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés(a) <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Laosiano(a) <input type="checkbox"/> Del sur de Asia <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos <i>Especifique</i> _____ <p><input type="checkbox"/> No aparece en la lista, especifique: _____</p> <p>Opciones de exclusión:</p> <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder
---	--	---

Si marcó más de una de las categorías anteriores, ¿hay una que usted crea que sea su principal identidad racial o étnica?

- Sí: **Por favor, encierre en un círculo su identidad racial o étnica primaria de las opciones enumeradas en la página 1 de la hoja de cálculo.**
- No tengo solo una identidad racial o étnica principal.
- No. Me identifico como birracial o multirracial.
- N/D. Solo marqué una de las categorías anteriores.
- No sé.
- No deseo responder.

Idioma (Hay intérpretes disponibles sin costo):

¿Qué idioma o idiomas usa usted en su hogar? _____

Si el idioma o idiomas utilizados en el hogar son solo inglés o lenguaje de señas americano o lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y vaya a la Sección de LIMITACIONES FUNCIONALES DE LA MADRE.

¿Qué idioma prefiere usar al comunicarse (en persona, por teléfono, virtualmente con alguien fuera del hogar sobre asuntos importantes como información médica, legal o de salud)? _____

¿Qué lenguaje prefiere usar para leer información escrita importante, como información médica, legal or de salud?

¿Qué tan bien habla inglés? Muy bien Bien No bien Nada No sé No deseo responder

LIMITACIÓN FUNCIONAL DE LA MADRE

Sus respuestas nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.	Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? Escriba "0" si ha sido desde el Nacimiento hasta la edad de un año.	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta.
¿Es usted sordo/a o tiene dificultades serias para oír ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Es usted ciego/a o tiene dificultades serias para ver , aunque lleve puestos lentes?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene dificultades para vestirse o bañarse ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuando usa su idioma habitual (de costumbre), ¿tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda solo si tiene 15 años o más. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene usted dificultades para hacer mandados solo(a) , como visitar un consultorio médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responda solo si tiene 15 años o más. ¿Tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones ?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Durante el embarazo, ¿recibió alimentos del programa WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Cigarrillos que fumó por día <input type="checkbox"/> Marcar si no fumó
Altura _____ pies _____ pulgadas	Peso (antes del embarazo) _____ libras	Peso (al momento del Parto) _____ libras	3 meses <u>antes</u> del embarazo Cantidad de cigarillos: _____ 1° trimestre del embarazo Cantidad de cigarillos: _____ 2° trimestre del embarazo Cantidad de cigarillos: _____ 3° trimestre del embarazo Cantidad de cigarillos: _____

¿Bebió alcohol durante el embarazo? Sí No Si contestó "Sí", indique cantidad promedio de vasos por semana: _____

¿Planificó tener el trabajo de parto y dar a luz en su hogar o en un centro de maternidad independiente (en lugar del pabellón de maternidad de un hospital)? Sí No

Si contestó "Sí", ¿quién la atendió al comenzar el trabajo de parto? Partera tradicional Enfermera obstétrica certificada
 Médico naturista Médico naturista
 Partera independiente con licencia

RELACIÓN LEGAL DE LOS PADRES

¿Tenía usted un cónyuge legal o una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón al momento de la concepción, del parto o dentro de los 300 días anteriores al parto? Sí No

Si contestó "Sí", ¿estaba usted casada? Sí No

Si no estaba casada, ¿tenía una pareja de hecho (del mismo sexo) registrada en Oregón? Sí No

Si contestó "No" a todas las preguntas, ¿desea usted, junto con el padre, firmar en este momento un reconocimiento de paternidad para establecer la paternidad legal? Sí No

COPIAS CERTIFICADAS DE LAS ACTAS DE NACIMIENTO

Los padres pueden solicitar la partida de nacimiento de su hijo con el formato "Madre/Padre" o con el formato "Progenitor/Progenitor". Deseo el siguiente formato: Madre/Padre Progenitor/Progenitor

PADRE O SEGUNDO PROGENITOR (Complete esta sección solo si contestó "Sí" a alguna de las preguntas de la sección "Relación legal de los padres" Y si desea incluir al padre o segundo progenitor en la partida de nacimiento.)

Nombre del padre o segundo progenitor							
<small>Primer nombre</small>	<small>Segundo nombre</small>	<small>Apellido</small>	<small>Sufijo</small>				
Fecha de nacimiento	N° de Seguro Social	<input type="checkbox"/> Marcar si no tiene	Lugar de Nacimiento	Estado	País		
MM / DD / YYYY							

Educación: ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos | <input type="checkbox"/> De 9 ^{no} a 12 ^{vo} grado, sin diploma | <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o GED |
| <input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad, sin título | <input type="checkbox"/> Título terciario (p. ej., AA, AS) | <input type="checkbox"/> Título de grado (p. ej., BA, BS, AB) |
| <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) | <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título de especialización profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, JD) | |

Raza o Grupo Étnico:

¿Cómo identifica el padre/segundo progenitor su raza, etnia, afiliación tribal, país de origen o ascendencia?

Escriba sus respuestas aquí. _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe la identidad racial o étnica del padre/segundo progenitor? Marque **TODAS** las opciones que correspondan.

- | | | |
|---|---|---|
| <p>Hispano(a) y Latino/a/x:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Centroamericano(a) <input type="checkbox"/> Mexicano(a) <input type="checkbox"/> Sudamericano(a) <input type="checkbox"/> Cubano(a) <input type="checkbox"/> Puertorriqueño(a) <input type="checkbox"/> Hispano(a) o Latino/a/x de otro origen
<i>Especifique</i> _____ <p>Indígena de Hawái y Isleño(a) del Pacífico</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Chamoru (Chamorro(a)) <input type="checkbox"/> Marshalés(a) <input type="checkbox"/> Comunidades de la región de Micronesia <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Hawái <input type="checkbox"/> Samoan(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de otras Islas del Pacífico
<i>Especifique</i> _____ <p>Blanca:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> De Europa del Este <input type="checkbox"/> Eslavo(a) <input type="checkbox"/> De Europa Occidental <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico blanco
<i>Especifique</i> _____ | <p>Indígenas notreamericanos y nativos de Alaska:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska <input type="checkbox"/> Inuit canadiense, métis o indígena canadiense (First Nation) <input type="checkbox"/> Indígena mexicano, centroamericano o sudamericano
<i>Especificar tribu(s)</i> _____ <p>Negro(a) y afroestadounidense</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Afroestadounidense <input type="checkbox"/> Afrocaribeño(a) <input type="checkbox"/> Etíope <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Africano(a) de otro origen (negro)
<i>Especifique</i> _____ <input type="checkbox"/> Otro grupo étnico negro
<i>Especifique</i> _____ <p>De Oriente Medio/del Norte de África:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> De Oriente Medio <input type="checkbox"/> Del Norte de África | <p>Asiática :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indígena asiático(a) <input type="checkbox"/> Camboyano(a) <input type="checkbox"/> Chino(a) <input type="checkbox"/> Comunidades de Myanmar <input type="checkbox"/> Filipino(a) <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Japonés(a) <input type="checkbox"/> Coreano(a) <input type="checkbox"/> Laosiano(a) <input type="checkbox"/> Del sur de Asia <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otros asiáticos
<i>Especifique</i> _____ <p><input type="checkbox"/> No aparece en la lista, especifique: _____</p> <p>Opciones de exclusión:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> No deseo responder |
|---|---|---|

¿Si el padre/segundo progenitor comprobó **más de una** categoría para su identidad racial o étnica, ¿hay **una** que piensen como su identidad racial o étnica **primaria**?

- Sí: Si es así, por favor, encierre en un círculo su identidad racial o étnica primaria de las opciones enumeradas en la página 4 de la hoja de cálculo.
- El padre/segundo progenitor no tiene una sola identidad racial o étnica primaria.
- No. El padre/segundo progenitor se identifica como biracial o multiracial.
- N/D. El padre/segundo progenitor sólo marcó una categoría.
- No sé.
- No deseo responder.

Idioma:

¿En qué idioma o idiomas usa el padre/segundo progenitor en su hogar? _____

Si el idioma o idiomas utilizados en el hogar son solo inglés o lenguaje de señas americano o lenguaje de señas, omita las siguientes preguntas y vaya a la Sección de LIMITACIONES FUNCIONALES DEL PADRE/SEGUNDO

PROGENITOR. ¿Qué idioma preferiría usar el padre/segundo progenitor al comunicarse (en persona, por teléfono, virtualmente con alguien fuera del hogar sobre asuntos importantes como información médica, legal o de salud)? _____

¿Qué lenguaje preferiría usar el padre/segundo progenitor para leer información escrita importante, como información médica, legal o de salud? _____

¿Qué tan bien habla inglés? Muy bien Bien No muy bien Nada No sé No deseo responder

LIMITACIÓN FUNCIONAL DEL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR

Las respuestas del padre/segundo progenitor nos ayudarán a encontrar las diferencias en la salud y los servicios entre las personas con o sin dificultades funcionales. Sus respuestas son confidenciales.	Sí	*Si es así, ¿a qué edad inició esta condición? Escriba "0" si ha sido desde el Nacimiento hasta la edad de un año.	No	No sé	No deseo responder	No sabe qué se le pregunta en esta pregunta.
¿Es el padre/segundo progenitor sordo/a o tiene dificultades serias para oír?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Es el padre/segundo progenitor ciego/a o tiene dificultades serias para ver , aunque lleve puestos lentes?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El padre/segundo progenitor tiene dificultades serias para caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Debido a una afección física, mental o emocional, ¿ el padre/segundo progenitor tiene serias dificultades para concentrarse, recordar o tomar decisiones?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El padre/segundo progenitor tiene dificultades para vestirse o bañarse?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿El padre/segundo progenitor tiene dificultades serias para aprender a hacer cosas que la mayoría de las personas de su edad pueden aprender?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cuando usa su idioma habitual (de costumbre), ¿ el padre/segundo progenitor tiene serias dificultades para comunicarse (por ejemplo, para comprender y hacerse comprender por los demás)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Responda solo si tiene 15 años o más. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿el padre/segundo progenitor tiene dificultades para hacer mandados solo(a) , como visitar un consultorio médico o ir de compras?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Responda solo si tiene 15 años o más. ¿El padre/segundo progenitor tiene serias dificultades con lo siguiente: su estado de ánimo, la intensidad de sus emociones o para controlar su comportamiento, o tiene delirios o alucinaciones?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CUIDADOS PRENATALES

Forma de pago principal

<input type="checkbox"/> Medicaid o Plan de Salud de Oregón (OHP)	<input type="checkbox"/> Pago particular	<input type="checkbox"/> Otro servicio estatal
<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Servicios de salud indígenas	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Champus o Tricare	

Fecha de la última menstruación: ____ / ____ / ____ MM DD AAAA	Cuidados prenatales Fecha de la primera consulta: ____ / ____ / ____ MM DD AAAA Cantidad total de consultas: ____	Nacimientos vivos anteriores (sin incluir a este bebé): Cuántos siguen vivos: ____ Cuántos ya fallecieron: ____ Fecha del último nacimiento vivo ____ / ____ MM AAAA	Embarazos con otros resultados (aborto espontáneo o inducido, o embarazo ectópico): Cantidad: _____ (cantidad combinada de resultados) Fecha del último resultado: ____ / ____ MM AAAA
--	---	---	--

DECLARENTE (PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN)

Madre biológica Padre o segundo progenitor mencionado en el acta Otro (indicar relación): _____

Si el declarante no es ninguno de los padres, indicar nombre del declarante

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

Certifico que la información indicada en este formulario a los fines de registrar el nacimiento del niño es correcta a mi mejor saber y entender.

X _____ Fecha: _____
Firma del declarante

AUTORIZACIÓN PARA OTORGAR UN NÚMERO DE SEGURO SOCIAL A UN RECIÉN NACIDO

[Los padres pueden solicitar una copia de esta página para sus registros. Esta página no es un recibo.]

Si usted desea declarar a su hijo en la declaración jurada del impuesto a las ganancias, recibir servicios de diferentes programas federales y del estado o recibir otros beneficios, es indispensable solicitar un número de Seguro Social para su hijo. La información que usted proporcione en este formulario es voluntaria. Sin embargo, si no proporciona la información requerida, es posible que la Administración del Seguro Social (SSA) no le otorgue a su hijo un número de Seguro Social ni la credencial correspondiente.

Al firmar esta página, usted celebra un contrato con la SSA, mediante el cual autoriza al Centro de Estadísticas de Salud del Estado de Oregon a solicitar a la SSA un número de Seguro Social para su hijo. Esta página no tiene ningún otro fin (por ejemplo, no es un comprobante de que se haya solicitado el número de Seguro Social). **Para obtener un comprobante de solicitud de credencial de Seguro Social, pida al personal del hospital un recibo (Formulario SSA-2853, disponible en inglés y en español).**

NOMBRE DEL NIÑO

Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Fecha de nacimiento (mes / día / año): _____

¿Desea usted solicitar un número de Seguro Social para su hijo? Sí No

NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE

(tal como figura en la partida de nacimiento del niño)

En letra de imprenta: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido Sufijo

Firma: _____ Fecha: _____

Instalaciones, parteras, padres de nacimiento en el hogar envíe este formulario por fax a 971-673-3122.

SP OHA 9704 (01/22)

Personal del hospital: Los padres pueden recibir una copia de esta página si la solicitan. Explicar a los padres que esta página no es un comprobante de que se ha solicitado un número de Seguro Social. Si los padres desean un comprobante de que se ha solicitado el número de Seguro Social para el recién nacido, entregarles el recibo (Formulario SSA-2853). Ninguna otra agencia, excepto el Centro de Estadísticas de Salud, podrá recibir una copia de esta página ni ningún tipo de información del informe de nacimiento vivo o de las planillas de nacimiento. Dirija todas las solicitudes de las agencias por información sobre el nacimiento o números de Seguro social al Centro de Estadísticas de Salud en CHS.Registration@dhsosha.state.or.us o 971-673-1190.