



Formulario de Registro de Nacimiento para el Estado de Washington

For Hospital Use Only

Mother's Medical Record #:

Child's Medical Record #:

Plurality: 1- single birth 2- twin 3- triplet Other _____If multiple, this worksheet is for child: 1- first born 2- second born 3- third born 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** Masculino Femenino**5. Tipo de Lugar de Nacimiento**

- Hospital En Casa-Planificado
 En ruta Clínica/Consultorio Medico
 Centro de Partos Independiente Otro (Especifique):

6. Lugar de Nacimiento Planificado, si es diferente (Especifique):***7. Nombre de la Institución** (si no es una institución, indique el nombre y la dirección del lugar)***8. Condado de Nacimiento*****9. Ciudad de Nacimiento**

Información Sobre la Madre

10. Nombre Legal Actual de la Madre

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

***11. Nombre en el Acta de Nacimiento de la Madre**

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido/Apellido de Soltera

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?** Si No**16a. Domicilio: Numero y Calle** (p. ej.: 624 SE 5th 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?**
 Sí No No se sabe**17. Tiempo que ha Vivido en su Domicilio Actual?**
Años: _____ Meses: _____**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. Educación de la Madre**

(Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto completado a la hora del parto.)

- 1 8th año o menor (Especifique): _____
 2 del 9th – 12th año; sin diploma
 3 Graduada de la escuela secundaria o equivalente (GED)
 4 Algunos estudios superiores, pero sin diploma
 5 Título de asociado (AA, AS, etc.)
 6 Licenciatura (BA, AB, BS, etc.)
 7 Maestría (MA, MS, MEd, MSW, MBA, etc.)
 8 Doctorado (PhD, EdD, etc.) o título profesional (MD, DDS, DVM, LLB, JD, etc.)

23. Es la Madre 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 No, no es Española/Hispana/Latina
 2 Si, es Mexicana, Mexicana Americana, o Chicana
 3 Si, es Puertorriqueña
 4 Si, es Cubana
 5 Sí, es de otro origen Española/Hispana/Latina (Especifique): _____

24. Raza de la Madre (marque una o más casillas)

- 1 Blanca
 2 Negra o Africana-Americana
 3 India Americana o Nativa de Alaska
 (Nombre de la tribu inscrita o principal)
 4 India Asiática 5 China
 6 Filipina 7 Japonesa
 8 Coreana 9 Vietnamita
 10 Otra Asiática (Especifique): _____
 11 Hawaiana Nativa 12 Guamaniana or Chamorro
 13 Samoana
 14 Otra de las islas del Pacifico (Especifique): _____
 15 Otra (Especifique): _____

Continúe en la próxima pagina

Información Sobre la Madre	25. Estatura de la Madre Pies: _____ Pulgadas: _____	26. Peso de la Madre Antes del Embarazo (Libras)	27. Recibió la madre alimentos WIC para sí misma durante el embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	28. Uso de cigarrillos antes y después del embarazo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Numero promedio de cigarrillos o de paquetes por día: # of cigarettes # of packs	
		Tres meces antes del embarazo	_____ or _____
		Primer trimestre del embarazo	_____ or _____
		Segundo trimestre del embarazo	_____ or _____
		Ultimo trimestre del embarazo	_____ or _____

Estado Marital de la Madre

29. Está casada la madre? (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 otro hombre reconozca que él es el padre. (capítulo 26.26 RCW). Para agregar a alguien que no sea su cónyuge o pareja al acta de nacimiento, un reconocimiento y una negación de paternidad se tienen que completar para toda la gente implicada (forma de DOH 422-032). 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 el padre al acta de nacimiento.

Casada - Si	Casada - No
29a. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada con el otro padre identificado en la casilla #30.	29d. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada y estoy proveyendo información del padre en la casilla #30. <i>Pregunte al personal del hospital por el formulario (# DOH 422-032) de Reconocimiento de Paternidad. Si estaba casada en cualquier momento durante el embarazo y su cónyuge previo no es el padre identificado en la casilla #27, el cónyuge deberá completar la Negación de Paternidad.</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 (# DOH 422-032) de Reconocimiento de Paternidad. Debe completar este formulario, incluyendo la Negación de Paternidad del cónyuge.</i>	29e. <input type="checkbox"/> No, no estoy casada ahora, pero estaba casada con el otro padre identificado en la casilla #30 en algún momento durante este embarazo.
29c. <input type="checkbox"/> Sí, estoy casada pero rehusó proveer 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 rehusó proveer la información del padre. <i>Si se marca esta casilla, el otro padre se listara en el acta de nacimiento como "None Named".</i>

Información del Padre/ Padres

*30. Nombre Legal Actual del Padre		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido
*31. Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)		*32. Lugar de Nacimiento (Estado, Territorio, o País 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. Educación del Padre/ Padres (Marque la casilla que mejor describa el título o nivel educativo más alto completado a la hora del parto.)	37. Es el Padre/ Padres 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.)	38. Raza del Padre/ Padres (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): _____
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.)	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): _____	

For Hospital Use Only

Mother'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's Weight at Delivery(pounds)
48. Was mother 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 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) Vaginal: <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Vacuum OR Cesarean: <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: