

Mother's Medical Record # _____
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name _____

FORMULARIO VS-2WA
(REV. 08/2020)

HOJA DE TRABAJO PARA NACIDOS VIVOS

La información que usted proporcione a continuación se usará para elaborar el acta de nacimiento del(de la) niño(a). El acta de nacimiento es un documento que se usará con fines legales para demostrar la edad, la ciudadanía y la filiación del(de la) niño(a). El(la) niño(a) usará este documento a lo largo de su vida. Las leyes estatales protegen contra la divulgación no autorizada de información identificatoria de las actas de nacimiento a fin de garantizar la confidencialidad de los padres y del(de la) niño(a).

Es bien importante que la información que proporcione en respuesta a todas las preguntas sea correcta y no esté incompleta. Además de la información que se usa con fines legales, hay otra información en el acta de nacimiento que la usan investigadores clínicos y de la salud para estudiar y contribuir al mejoramiento de la salud de las madres y de los neonatos. Cuestiones como la educación de los padres, su raza y sus hábitos de fumar se usarán para realizar estudios estadísticos, pero no aparecerán en las copias del acta de nacimiento expedidas a usted o a su niño(a).

Toda la información relacionada con la madre ha de ser la de la mujer que dio a luz al(a) lactante. En los casos de vientres de alquiler o embarazos subrogados, la información proporcionada ha de ser la de la madre de alquiler o madre subrogada; o sea, la de la mujer que dio a luz al(a) lactante.

SECCIÓN DE LA MADRE

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE
MOLDE Y LEGIBLE

Favor de llenar todo el formulario sin dejar espacios en blanco a menos que se le indique lo contrario. La enumeración de la hoja de trabajo coincide con la del sistema electrónico.

INFORMACIÓN DEL(DE LA) NIÑO(A)

1. Número del historial médico del(de la) lactante: _____

2. ¿Cuál va a ser el nombre legal del(de la) bebé (tal como debería aparecer en el acta de nacimiento)?

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____ Sufijo (Jr., III, etc.): _____

Aún no se ha escogido el nombre ni el segundo nombre

(Nota: Si el(la) niño(a) no tiene nombre, ponga "Unknown (Se desconoce)" en la parte del nombre, y el apellido legal actual de la madre en la parte del apellido del(de la) niño(a)).

3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del(de la) bebé? ____/____/____
MM DD AAAA

4. ¿Cuál es la hora de nacimiento del(de la) bebé? (en formato de 24 horas, p.ej. 1:00 p.m. = 13:00) _____ : _____
Hora Minuto

5. ¿Cuál es el sexo del bebé? Masculino Femenino

6. ¿Cuál es el nombre del centro hospitalario en que nació el(la) bebé? (Si el parto tuvo lugar en un domicilio, ponga parto domiciliario y use la dirección del domicilio).

Nombre del centro: _____

7. ¿En qué ciudad, pueblo o localidad nació el(la) bebé? Ciudad, pueblo, o localidad: _____

8. ¿En qué condado nació el(la) bebé? Condado: _____

9. Pluralidad: _____

(La cantidad de fetos nacidos vivos o muertos en algún momento dado del embarazo independientemente de su edad gestacional o de si los fetos nacieron en fechas diferentes del embarazo. Incluya todos los nacidos vivos y las pérdidas fetales resultantes de este embarazo. Especifique 1 (un bebé), 2 (gemelos/mellizos), 3 (trillizos), 4 (cuatrillizos), 5 (quintillizos), 6 (sextillizos), 7 (septillizos), etc.)

(Si hay más de un nacido vivo, favor de llenar la Hoja de Trabajo para Múltiples Nacidos Vivos Formulario VS-2WB.)

10. Si no se trata de un solo bebé nacido vivo, ponga el orden en que nacieron en el embarazo: _____

(Especifique 1.º, 2.º, 3.º, 4.º, 5.º, 6.º, 7.º, etc. Incluya todas los nacimientos vivos y las pérdidas fetales resultantes de este embarazo)

11. ¿Nombre de la madre antes del primer matrimonio?

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

Mother's Medical Record # _____
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name _____

12. Aparte de la madre, ¿quién es la persona de contacto del bebé?

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____ Sufijo (Jr., III, etc.): _____

Tfno. de contacto:

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

Dirección de contacto:

Número y calle completos: _____ Número de apto.: _____
(No ponga números de rutas rurales)

Ciudad, pueblo o localidad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal _____
(o territorio de los EE. UU., provincia canadiense)

Relación del contacto:

- | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Padre | <input type="checkbox"/> Padrastro | <input type="checkbox"/> Vecino |
| <input type="checkbox"/> Abuela | <input type="checkbox"/> Otro pariente | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Abuelo | <input type="checkbox"/> Padre de crianza | |
| <input type="checkbox"/> Madrastra | <input type="checkbox"/> Trabajador social | |

INFORMACIÓN DE LA MADRE

1. ¿Nombre legal actual de la madre?

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____

2. ¿Cuál es el número de Seguro Social de la madre?

			-				-				
--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--	--

2a. ¿Cuál es el número de Medicaid de la madre? (Si no tiene, escriba ninguno o no corresponde). _____

3. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre? _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

5a. ¿Dónde vive la madre normalmente o sea ¿dónde se encuentra el domicilio de la madre?

Número y calle completos: _____ Número de apto.: _____
(No ponga números de rutas rurales)

Ciudad, pueblo o localidad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____
(o territorio de los EE. UU., provincia canadiense)

Dentro de los límites de la ciudad: Sí No

Si no es en los Estados Unidos, ponga el país _____

5b. ¿Cuál es la dirección de correo postal de la madre?

La misma que la de su domicilio [Pase a la pregunta siguiente]

Número y calle completos: _____

Número de apto.: _____ Apartado postal: _____ Ciudad, pueblo o localidad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

(o territorio de los EE. UU., provincia canadiense)

Si no es en los Estados Unidos, ponga el país _____

Mother's Medical Record # _____
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name _____

6. ¿Cuál es la información de contacto de la madre?

Tfno. de casa:				-				-			
Tfno. del trabajo:				-				-			
Celular:				-				-			

7. ¿Cuál es la dirección de correo electrónico de la madre? _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

(¡ALTO! Si la madre no está casada y no se ha llenado un reconocimiento de la paternidad, deje estos puntos en blanco y pase directamente al punto 8d.)

1. ¿Nombre legal actual del padre?

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____ Sufijo (Jr., III, etc.): _____

2. ¿Cuál es el número de Seguro Social del padre?

				-				-			
--	--	--	--	---	--	--	--	---	--	--	--

**INFORMACIÓN DE LA MADRE
(CONTINUACIÓN)**

8d. ¿En qué estado, territorio de los EE. UU., o país extranjero nació la madre? Favor de especificar una de las siguientes opciones: Estado ____o

territorio de los EE. UU. _____ (p.ej., Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, Samoa Americana o las Marianas del Norte)

O país extranjero _____

15. ¿Estaba la madre casada en el momento en que se concibió al(a) niño(a), en el momento del nacimiento o en algún momento dado entre la concepción y el nacimiento?

Sí [Favor de pasar a la siguiente pregunta] No [Favor de ver el texto a continuación]

Si la respuesta es no, ¿se llenó el formulario de reconocimiento de la paternidad? (O sea, ¿han firmado la madre y el padre algún formulario estatal de reconocimiento de la paternidad en el cual el padre aceptó estar responsabilizado legalmente del(de la) niño(a)?). Si no están casados o si no se ha llenado un formulario de reconocimiento de la paternidad, no se podrá incluir en el acta de nacimiento la información del padre. De la Oficina de Estadísticas Vitales se puede obtener información sobre el procedimiento a seguir para agregar la información del padre al Acta de Nacimiento después de que esta ya se ha registrado.

- Sí, se llenó un formulario de reconocimiento de la paternidad
 No, no se llenó un formulario de reconocimiento de la paternidad

Si la respuesta es sí, ¿ha estado la madre separada de su cónyuge por 10 meses o más?

- Sí No

16. ¿Quiere que a su bebé se le expida un Número de Seguro Social? Sí No

Proporcionar el(los) Número(s) de Seguro Social del(de los) padre/madre(padres) es un requisito establecido por la Ley Federal, 42 USC 405(c) de la Ley de Seguro Social. Dicho(s) número(s) le será(n) proporcionados a la Agencia Estatal de Servicios Sociales para contribuir a las actividades de cumplimiento obligatorio de la manutención infantil y al Servicio de Impuestos Internos con el fin de determinar si se cumple lo establecido respecto al Crédito Tributario relativo a los Ingresos Derivados del Trabajo.

La presente hoja de trabajo sirve de acuerdo de revelación.

**INFORMACIÓN DEL PADRE
(CONTINUACIÓN)**

10b. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre? _____ / _____ / _____
MM DD AAAA

10c. ¿En qué estado, territorio de los EE. UU., o país extranjero nació el padre? Favor de especificar una de las siguientes opciones: Estado ____o

territorio de los EE. UU. _____ (p.ej., Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, Samoa Americana o las Marianas del Norte)

O país extranjero _____

HISTORIAL DE LA MADRE

20. ¿Cuál es el grado de escolaridad más alto que la madre habrá alcanzado en el momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su nivel educativo. Si está cursando estudios en estos momentos, marque la casilla que indique el grado previo o el título más alto recibido).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8º grado o menos | <input type="checkbox"/> Carrera Técnica (p.ej. Carrera Técnica de Humanidades, de Ciencias) |
| <input type="checkbox"/> 9º - 12º grado, sin diploma | <input type="checkbox"/> Licenciatura (p.ej. Licenciatura en Humanidades, en Ciencias) |
| <input type="checkbox"/> Graduada de <i>high school</i> o examen de GED aprobado | <input type="checkbox"/> Maestría (p.ej. Maestría en Humanidades, en Ciencias, en Ingeniería, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Créditos universitarios acumulados, pero sin título | <input type="checkbox"/> Doctorado (p.ej. PhD, EdD) o Título Profesional (p.ej. en Medicina, Estomatología, Derecho) |

21. ¿Es de origen hispano la madre? (Favor de marcar *una o más*).

- No, no es hispana/latina
- Sí, es mexicana, mexicoamericana, chicana
- Sí, es puertorriqueña
- Sí, es cubana
- Sí, es otro tipo de hispana/latina (p.ej. española, salvadoreña, dominicana, colombiana)
(especifique) _____

22. ¿Cuál es la raza de la madre? (Favor de marcar *una o más razas* para indicar a qué raza considera la madre que pertenece).

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Amerindia o indígena de Alaska
(nombre de la tribu en que está inscrita) _____
- Asiática de ascendencia india
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otro tipo de asiática (especifique) _____
- Indígena hawaiana
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otro tipo de isleña del Pacífico (especifique) _____
- Otros (especifique) _____

23. ¿Cuál era el peso de la madre antes del embarazo, o sea, el peso justo antes de que quedara embarazada de este(esta) niño(a)?
_____ lbs.

24. ¿Cuál es la estatura de la madre? _____ pies _____ pulgadas

25. ¿Recibió la madre alimentos de WIC (Mujeres, Lactantes y Niños) por estar embarazada de este(esta) niño(a)? Sí No

26a. ¿Cuántos cigarrillos O cajetillas de cigarrillos fumaba la madre en un día promedio durante cada uno de los siguientes períodos? Si la madre NUNCA ha fumado, ponga cero en todos los períodos.

	# de cigarrillos*		# de cajetillas
El último trimestre antes del embarazo	_____	O	_____
El primer trimestre del embarazo	_____	O	_____
El segundo trimestre del embarazo	_____	O	_____
El tercer trimestre del embarazo	_____	O	_____

*se refiere a productos tabáquicos solamente, NO a cigarrillos electrónicos.

26b. ¿Bebió la madre alcohol durante el embarazo? No Sí

¿Cifra promedio de copas a la semana? _____

HISTORIAL DEL PADRE

27. ¿Cuál es el grado de escolaridad más alto que el padre habrá alcanzado en el momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su nivel educativo. Si está cursando estudios en estos momentos, marque la casilla que indique el grado previo o el título más alto recibido).

Mother's Medical Record # _____
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8º. grado o menos | <input type="checkbox"/> Carrera Técnica (p.ej. Carrera Técnica de Humanidades, de Ciencias) |
| <input type="checkbox"/> 9º. - 12º. grado, sin diploma | <input type="checkbox"/> Licenciatura (p.ej. Licenciatura en Humanidades, en Ciencias) |
| <input type="checkbox"/> Graduado de <i>high school</i> o examen de GED aprobado | <input type="checkbox"/> Maestría (p.ej. Maestría en Humanidades, en Ciencias, en Ingeniería, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Créditos universitarios acumulados, pero sin título | <input type="checkbox"/> Doctorado (p.ej. PhD, EdD) o Título Profesional (p.ej. en Medicina, Estomatología, Derecho) |

28. ¿Es de origen hispano el padre? (Favor de marcar *una o más*).

- No, no es hispano/latino
- Sí, es mexicano, mexicanoamericano, chicano
- Sí, es puertorriqueño
- Sí, es cubano
- Sí, es otro tipo de hispano/latino (p.ej. español, salvadoreño, dominicano, colombiano)
(especifique) _____

29. ¿Cuál es la raza del padre? (Favor de marcar *una o más razas* para indicar a qué raza cree la madre pertenecer).

- Blanco
- Negro o afroamericano
- Amerindio o indígena de Alaska
(nombre de la tribu en que está inscrita) _____
- Asiático de ascendencia india
- Chino
- Filipino
- Japonés
- Coreano
- Vietnamita
- Otro tipo de asiático (especifique) _____
- Indígena hawaiano
- Guameño o chamorro
- Samoano
- Otro tipo de isleña del Pacífico (especifique) _____
- Otros (especifique) _____

INFORMACIÓN DEL INFORMANTE

Si el informante no es la madre, ¿cuál es el nombre de la persona proporcionando la información para esta hoja de trabajo?

Nombre: _____

Segundo nombre: _____

Apellido(s): _____ Sufijo (Jr., III, etc.): _____

¿Cuál es su relación con la madre biológica del(de la) bebé?

- Padre del(de la) bebé Empleado del hospital
- Otro tipo de familiar Otro, (especifique) _____

SE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN

(Nota: Esta parte de la hoja de trabajo la deben firmar la madre y el padre (si la madre está casada), así como la persona que certificó el nacimiento del(de la) niño(a)).

<p>Firma de la madre: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p> <p>Firma del padre: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p> <p>Firma del certificador: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p>	<p>Fecha: _____</p> <p>Fecha: _____</p> <p>Fecha: _____</p>
---	--

This Page Intentionally Left Blank

**Esta página se dejó en blanco
intencionalmente**

SECCIÓN DEL CENTRO DE MATERNIDAD

En el caso de embarazos que resultan en el nacimiento de dos o más lactantes vivos, esta hoja de trabajo se ha de llenar para el primer lactante nacido vivo en el parto. Por cada lactante nacido vivo después, llene la Hoja de Trabajo para Múltiples Nacidos Vivos. FORMULARIO 2WB”

Para encontrar definiciones, orientaciones e información detalladas sobre las fuentes y palabras claves y abreviaturas comunes, favor de ver el recurso de los CDC [“Guide to Completing Facility Worksheets for the Certificate of Live Birth and Report of Fetal Death”](#).

Toda la información del acta de nacimiento presentada como información de la madre ha de ser la información de la mujer que dio a luz al(a) lactante. En los casos de vientres de alquiler o embarazos subrogados, la información proporcionada ha de ser la de la madre de alquiler o madre subrogada; o sea, la de la mujer que dio a luz al(a) lactante.

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Favor de llenar todo el formulario sin dejar espacios en blanco a menos que se le indique lo contrario. La enumeración de la hoja de trabajo coincide con la del sistema electrónico.

INFORMACIÓN DEL CENTRO

11. Nombre y título del certificador: _____

(La persona que certifica el hecho de que se produjo el parto. Puede ser, pero no tiene que ser la misma persona que atendió el parto).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> M.D. - (Médico) | <input type="checkbox"/> CNM/CM (Enfermera Obstetra Certificada o Partera Certificada) |
| <input type="checkbox"/> D.O. - (Médico Osteópata) | <input type="checkbox"/> Otro tipo de parteras (parteras que no son CNM/CM) |
| <input type="checkbox"/> Administrador o persona designada del hospital | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |

12. Fecha de la certificación: ____/____/____
MM DD AAAA

INFORMACIÓN DE LA MADRE

30. Lugar donde se produjo el parto:

- Hospital
- Centro de maternidad independiente de un hospital
(Este tipo de centros se caracterizan por no tener ninguna conexión física directa con un centro de maternidad hospitalario).
- Parto domiciliario
Planeó dar a luz en su domicilio Sí No Se desconoce
- Clínica/Consulta médica
- Otros (especifique, p.ej., taxi, tren, avión, etc.) _____

31. Nombre, título, número de licencia y N.P.I. (Identificador Nacional del Proveedor) de la persona que atendió el parto: (La persona que atendió el parto es aquella que estuvo físicamente presente en el parto y corría con la responsabilidad de este. Por ejemplo, si un(a) pasante o una enfermera obstetra ayuda directamente con el parto bajo la supervisión de un(a) médico(a) obstetra que está presente en la sala de partos, el(la) médico(a) obstetra ha de figurar como la persona que atendió el parto. Si no hay un(a) médico(a) obstetra físicamente presente, entonces el(la) pasante o la enfermera obstetra han de figurar como la persona que atendió el parto).

Nombre de la persona que atendió el parto

N.P.I.

Número de licencia de la persona que atendió el parto (si corresponde)

Título de la persona que atendió el parto:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> M.D. - (Médico) | <input type="checkbox"/> Otros tipos de parteras (parteras que no son CNM/CM) |
| <input type="checkbox"/> D.O. - (Médico osteópata) | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> CNM/CM - (Enfermera Obstetra Certificada o Partera Certificada) | |

32. Peso de la madre al dar a luz (libras): _____

33. ¿Fue la madre transferida de otro centro producto de señales maternas, clínicas o fetales anunciando el parto? Sí No
(Las transferencias incluyen las de hospital a hospital, de centro de maternidad a hospital, etc. No incluyen las de hogar a hospital).

Si la respuesta es sí, ponga el nombre del centro del que la madre fue transferida:

34. Cantidad de partos anteriores de nacidos vivos

Cantidad de partos anteriores de nacidos vivos que aún viven: (No incluya a este(esta) lactante. En el caso de partos múltiples, incluya a todos los nacidos vivos que nacieron antes de este(esta) lactante en el mismo parto y que aún viven). _____ Cantidad Ninguno

Cantidad de partos anteriores de nacidos vivos que ahora están muertos: (No incluya a este(esta) lactante. En el caso de partos múltiples, incluya a todos los nacidos vivos que nacieron antes de este(esta) lactante en el mismo parto y que ya murieron). _____ Cantidad Ninguno

Fecha del parto del último nacido vivo: (Ponga todas las partes que se sepa de la fecha de nacimiento del(de la) último(a) lactante nacido(a) vivo(a). Ponga "se desconoce" en el caso de cualquier parte que falte de la fecha). _____/_____/_____
MM DD AAAA

35. Otros tipos de desenlace del embarazo

Cantidad de otros tipos de desenlace del embarazo: (Cantidad total de otros tipos de desenlace del embarazo que no resultaron en nacidos vivos. Incluya las pérdidas fetales de cualquier edad gestacional —los abortos espontáneos, los abortos inducidos y/o embarazos ectópicos—. Si este parto fue múltiple, incluya cualquier aborto, independientemente de la edad gestacional, que se haya producido antes del nacimiento de este(esta) lactante. Ello podría incluir las pérdidas ocurridas en este embarazo o en uno anterior).
_____ Cantidad Ninguno

Fecha del último desenlace del embarazo de otro tipo: (Ponga todas las partes que se sepa de la fecha en que terminó el último embarazo que no resultó en un nacido vivo. Incluya las pérdidas del embarazo en cualquier etapa gestacional —abortos espontáneos, abortos inducidos y/o embarazos ectópicos. Ponga "se desconoce" en el caso de cualquier parte que falte de la fecha). _____/_____/_____
MM DD AAAA

36. Atención prenatal

Cantidad total de consultas de atención prenatal por este embarazo: _____
(Cuenta solo las consultas registradas en los registros más vigentes que existen. No incluya las consultas para pruebas de laboratorio y otro tipo de pruebas en las cuales el médico o profesional de la salud no examinó ni asesoró a la embarazada. No incluya clases, como las clases de preparación para el parto, en las que el médico o profesional de la salud no le brindó atención médica personalizada a la embarazada. Si la respuesta es ninguna, ponga "0" y deje los espacios para la fecha en blanco).

Fecha de la primera consulta de atención prenatal: (La fecha en que un médico u otro tipo de profesional de la salud examinó y/o asesoró a la embarazada por primera vez por el embarazo. Llene todas las partes de la fecha que se sabe y deje el resto en blanco) _____/_____/_____
MM DD AAAA

Fecha de la última consulta de atención prenatal: (La fecha en que un médico u otro tipo de profesional de la salud examinó y/o asesoró a la embarazada por última vez por el embarazo. Llene todas las partes de la fecha que se sabe y deje el resto en blanco) _____/_____/_____
MM DD AAAA

37. Fuente de pago principal por este parto: (La fuente de pago principal por el parto en el momento en que se produjo el parto)

- Seguro privado (Blue Cross/Blue Shield, Aetna, etc.)
- Medicaid (o un programa estatal equivalente)
- Pago propio (no se identificó a una tercera parte)
- Otro (especifique, p.ej., Servicio de Atención a Indígenas, CHAMPUS/TRICARE, otro tipo de instituciones gubernamentales o caritativas a nivel federal, estatal o local)

38. Fecha de comienzo de la última menstruación normal: (Ponga todas las partes de la fecha de comienzo del último período menstrual normal de la madre. Ponga "se desconoce" en el caso de cualquier parte que falte de la fecha). _____/_____/_____
MM DD AAAA

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

39. Número de la historia clínica de la madre: _____

40. Factores de riesgo en este embarazo: (Marque todas las que correspondan)

- Diabetes - (Intolerancia a la glucosa que lleva tratamiento; si existe diabetes, marque o antes del embarazo o gestacional; no marque las dos).
 - Antes del embarazo - (Diabetes diagnosticada antes del embarazo)
 - Gestacional - (Diabetes diagnosticada en este embarazo)
- Hipertensión - (Elevación de la presión arterial por encima de lo normal para la edad, el sexo y la condición fisiológica de la paciente; si existe hipertensión, marque o antes del embarazo o gestacional; no marque las dos).
 - Antes del embarazo - (Crónica) (Hipertensión diagnosticada antes del inicio de este embarazo)
 - Gestacional - (PIH, preeclampsia) (Hipertensión diagnosticada durante este embarazo).
 - Eclampsia - (Hipertensión con proteinuria con convulsiones generalizadas o con estado de coma. Puede que incluya edema patológico. Si existe eclampsia, se puede marcar o hipertensión antes del embarazo o hipertensión gestacional).

- Partos prematuros anteriores - (Historial de embarazos que resultaron en un nacido tras menos de 37 semanas enteras de gestación).
- Otros tipos de malos desenlaces anteriores (Incluye muerte perinatal, nacimientos de bebés pequeños para la edad gestacional/nacimientos precedidos por un crecimiento intrauterino restringido).
- Sangrado vaginal durante este embarazo antes del comienzo del trabajo de parto
- Embarazo resultante de un tratamiento de infertilidad - (Cualquier tratamiento de reproducción asistida usado para iniciar el embarazo. Incluye fármacos potenciadores de la fertilidad (p.ej., Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina y procedimientos tecnológicos de reproducción asistida (p.ej., IVF, GIFT y ZIFT)).

Si la respuesta es sí, marque todos los que correspondan:

- Fármacos potenciadores de la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina - (Cualquier fármaco potenciador de la fertilidad (p.ej., Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina usados para iniciar el embarazo).
- Tecnología reproductiva asistida - (Cualquier tecnología reproductiva asistida (ART)/procedimientos técnicos (p.ej., fertilización in vitro (IVF), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), ZIFT)) usados para iniciar el embarazo).
- La madre ha tenido partos por cesárea - (Parto en el que se extrajo el feto, la placenta y las membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina de la madre).
Si la respuesta es sí, ¿cuántos? _____
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

41. Infecciones existentes y/o ya tratadas durante este embarazo: (Existente al inicio del embarazo o diagnóstico confirmado durante el embarazo con o sin documentación de tratamiento. La documentación del tratamiento durante este embarazo es aceptable si en la documentación de archivo disponible no hay un diagnóstico definitivo)
 (Marque todas las que correspondan)

- Gonorrea - (prueba o cultivo positivos de detección de *Neisseria gonorrhoeae*)
- Sífilis - (también llamada lúes venérea – prueba positiva de detección de *Treponema pallidum*)
- Virus del herpes simple (HSV)
- Clamidia - (prueba positiva de detección de clamidia *trachomatis*)
- Hepatitis B - (HBV – prueba positiva de detección del virus de la hepatitis B)
- Hepatitis C - (hepatitis que no es B ni A, HCV – prueba positiva de detección del virus de la hepatitis C)
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

42. Procedimientos de obstetricia: (Tratamiento médico o procedimiento invasivo o manipulativo realizado durante este embarazo para tratar el embarazo o gestionar el trabajo de parto o el parto).

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cerclaje cervical | <input type="checkbox"/> Versión cefálica externa - Fallida -
(El feto no se logró transferir a una presentación cefálica) |
| <input type="checkbox"/> Tocólisis | <input type="checkbox"/> Nada de lo anterior |
| <input type="checkbox"/> Versión cefálica externa - Satisfactoria -
(El feto se transfirió a una presentación cefálica). | <input type="checkbox"/> Se desconoce |

43. Comienzo del trabajo de parto: (Marque todas las que correspondan)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ruptura prematura de membranas - (prolongada ≥ 12 horas) | <input type="checkbox"/> Nada de lo anterior |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de parto prolongado a más de 20 horas | <input type="checkbox"/> Se desconoce |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de parto precipitado - (< 3 horas) | |

44. Características del trabajo de parto y del parto: (Información sobre el trabajo de parto y el parto).

(Marque todas las que correspondan)

- Inducción del trabajo de parto - (Iniciación de las contracciones uterinas por medios clínicos y/o quirúrgicos con el parto como propósito antes del inicio espontáneo del trabajo de parto (es decir, antes de que comience el trabajo de parto). No incluye la aceleración del trabajo de parto).
- Aceleración del trabajo de parto - (Estimulación de las contracciones uterinas por fármacos o técnicas manipulativas con el fin de reducir el tiempo de parto (i.e., tras haber comenzado el trabajo de parto). No lo incluya si se hizo inducción del trabajo de parto).
- Presentación no cefálica
- Esteroides (glucocorticoides) para la maduración pulmonar del feto que la madre recibió antes del parto - (Esteroides que la madre recibió antes del parto para acelerar la maduración pulmonar fetal. Típicamente, se administra cuando se espera un parto prematuro. Incluye betametasona, dexametasona e hidrocortisona administradas específicamente para acelerar la maduración pulmonar fetal. No incluye los fármacos esteroideos que la madre recibió como parte de un tratamiento antiinflamatorio antes o después del parto).
- Antibióticos que la madre recibió durante el trabajo de parto - (Incluye los medicamentos antibacterianos que la madre recibió sistemáticamente (vía intravenosa o intramuscular) entre el inicio del trabajo de parto y el parto como tal: ampicilina, penicilina, clindamicina, eritromicina, gentamicina, cefotaxima, ceftriaxona, etc.).
- Corioamnionitis clínica diagnosticada durante el trabajo de parto o temperatura de la madre $\geq 38^\circ\text{C}$ (100.4°F) - (El diagnóstico clínico de corioamnionitis durante el trabajo de parto lo hizo la persona que atendió el parto. Normalmente, incluye más de una de las siguientes cuestiones: fiebre, sensibilidad y/o irritabilidad uterinas, leucocitosis, taquicardia fetal, taquicardia de la madre o secreción vaginal maloliente. Cualquier temperatura de la madre igual o superior a los 38°C (100.4°F)).
- Líquido amniótico teñido moderadamente/copiosamente de meconio – (Cuando hay una cantidad considerable de líquido amniótico, pero este está claramente teñido de meconio).
- Sufrimiento fetal – (Complicación que se presenta durante el proceso del parto cuando un bebé no nacido sufre de falta de oxígeno).

Mother's Medical Record # _____
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name _____

- Anestesia epidural o espinal durante el trabajo de parto - (Administración a la madre de anestesia local para controlar los dolores de parto, i.e., suministro del agente en un espacio limitado con la distribución del efecto analgésico limitada a la parte inferior del cuerpo).
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

45. Método de parto: (El proceso físico mediante el cual se lleva a cabo el parto del(de la) lactante)

¿Se intentó el parto con fórceps, pero sin lograr resultados? Sí No

¿Se intentó la extracción con ventosa, pero sin lograr resultados? Sí No

Presentación fetal al nacer: (Marque una)

- Cefálica - (La presentación del feto es de vértex, occipucio anterior (OA), occipucio posterior (OP))
- Podálica - (La presentación del feto es de nalgas, nalgas completas, nalgas francas, nalgas incompletas)
- Otra - (Cualquier otra presentación no mencionada arriba, i.e., de hombro, umbilical, transversal, compuesta)
- Se desconoce

Ruta final y método de parto: (Marque una)

- Vaginal/Espontáneo - (Parto del feto entero por la vagina con uso de la fuerza natural del trabajo de parto con o sin asistencia manual de la persona que atendió el parto).
- Vaginal/Fórceps - (Extracción de la cabeza fetal por vía vaginal mediante la aplicación de fórceps obstétricos a la cabeza fetal).
- Vaginal/En vacío - (Extracción de la cabeza fetal por vía vaginal mediante la aplicación de una ventosa a la cabeza fetal).
- Cesárea - (Extracción del feto, la placenta y las membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina de la madre).

Si el parto fue por cesárea, ¿se llegó a intentar el trabajo de parto? - (Se permitió, aceleró o indujo el trabajo de parto con planes de realizar un parto vaginal).

- Sí No
- Se desconoce

46. Morbilidad materna: (Complicaciones graves experimentadas por la madre en relación con el trabajo de parto y el parto)
(Marque todas las que correspondan)

- Transfusión a la madre - (Incluye infusión de sangre entera o de glóbulos rojos empacados para el trabajo de parto y el parto).
- Laceración perineal de tercero o de cuarto grado - (La laceración de 3° se extiende a través de la piel perineal, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y parcial o completamente a través del esfínter anal. La laceración de 4° es todo lo anterior y se extiende además a través de la mucosa rectal).
- Útero roto - (Desgarro de la pared uterina. La ruptura de la pared uterina en todo su grosor, que incluye además el peritoneo visceral que cubre dicha pared (serosa uterina). No incluye la dehiscencia uterina, en la cual el feto, la placenta y el cordón umbilical se quedan contenidos dentro de la cavidad uterina. No incluye la ruptura silente o incompleta o la separación asintomática).
- Histerectomía no planificada - (Extirpación quirúrgica del útero que no estaba planificada antes de la admisión. Incluye las histerectomías que se esperaba que resultarían necesarias, pero que definitivamente no estaban planificadas).
- Admisión a la sala de cuidados intensivos - (Cualquier admisión, planificada o no, de la madre a un centro/sala designados para brindar cuidados intensivos).
- Procedimiento quirúrgico no planificado a continuación del parto
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

INFORMACIÓN DEL NEONATO

48. Peso al nacer: _____ (gramos) (No convierta lb./oz. a gramos)

Si no tiene el peso en gramos, peso al nacer: _____ (lb./oz.)

49. Estimado obstétrico de gestación en el momento del parto (semanas completadas): _____

(El mejor estimado obstétrico de la edad gestacional del(de la) lactante en semanas completadas basado en el estimado final de gestación del facultativo).

50. Puntaje de Apgar: (Medición sistemática para evaluar la condición física del(de la) lactante a intervalos específicos en el parto)

Puntaje a los 5 minutos ____ Si el puntaje a los 5 minutos es menos de 6: Puntaje a los 10 minutos _____

53. Condiciones anormales del neonato: (Trastornos o morbilidad significativa experimentada por el neonato)

(Marque todas las que correspondan)

- Ventilación asistida necesaria inmediatamente después del parto - (Lactante recibe ventilación manual por cierto tiempo con bolsa y máscara o con bolsa y tubo endotraqueal en los primeros minutos de nacido(a). Excluye el flujo libre (suministro indirecto) de oxígeno solamente, la laringoscopia para aspirar el meconio, la cánula nasal y la perilla de succión).
- Ventilación asistida necesaria por más de seis horas - (Lactante recibe ventilación mecánica (asistencia respiratoria) por algún método por más de seis horas. Incluye la presión positiva convencional, de alta frecuencia y o continua (CPAP). Excluye el oxígeno de flujo libre solamente, la laringoscopia para aspirar el meconio y la cánula nasal).

- Admisión a la Sala de Cuidados Intensivos de Neonatos (NICU) - (Admisión a un centro o sala con el personal y el equipamiento necesarios para brindarle al neonato asistencia respiratoria mecánica continua).
- Neonato recibe terapia de reemplazo con surfactante - (Instilación endotraqueal de una suspensión activa en superficie para el tratamiento de una deficiencia de surfactante por causa de un nacimiento prematuro o de una lesión pulmonar que trajo dificultades respiratorias. Incluye tanto el surfactante artificial como el extraído de manera natural).
- Antibióticos que el neonato recibió por sospecharse la existencia de una sepsis neonatal - (Cualquier fármaco antibacteriano (p.ej., penicilina, ampicilina, gentamicina, cefotaxina etc.) administrado sistemáticamente (vía intravenosa o intramuscular). No incluye los antibióticos administrados a lactantes que NO despiertan la sospecha de que tengan sepsis neonatal).
- Convulsiones o disfunción neurológica grave - (Las convulsiones son cualquier movimiento o comportamiento convulsivos e involuntarios de carácter repetitivo. La disfunción neurológica grave es una alteración grave del estado de alerta. Excluye la letargia o hipotonía si no hay otros hallazgos neurológicos. Excluye los síntomas asociados con anomalías congénitas del sistema nervioso central).
- Lesiones perinatales significativas (Fractura(s) esquelética(s), lesión del sistema nervioso periférico y/o hemorragia orgánica de tejidos blandos/duros que precisa de una intervención).
- Nada de lo anterior
- Se desconoce

54. Anomalías congénitas del neonato: (Malformaciones del neonato diagnosticadas prenatalmente o después del parto).
 (Marque todas las que correspondan)

- Anencefalia - (Ausencia parcial o completa del cerebro y del cráneo. También llamada acrania. También incluye a lactantes con craneorraquisquisis (anencefalia con un defecto contiguo de la médula espinal)).
- Mielomeningocele/Espina bífida - (Espina bífida es la hernia de las meninges y/o del tejido de la médula espinal por medio de un defecto huesudo del cierre de la médula espinal. Mielomeningocele es la hernia de las meninges y del tejido de la médula espinal. El meningocele (hernia de las meninges sin el tejido de la médula espinal) se debería incluir en esta categoría también. Se deberían incluir tanto las lesiones abiertas como las cerradas (cubiertas de piel). No incluya la espina bífida oculta (un defecto huesudo de la médula ósea sin protuberancia de la médula espinal o las meninges)).
- Enfermedad cardiovascular congénita
 - Enfermedad cardiovascular congénita cianótica - (Defectos cardiovasculares congénitos que causan cianosis).
 - Enfermedad cardiovascular congénita no cianótica - (Defectos cardiovasculares congénitos que no causan cianosis).
- Hernia diafragmática congénita - (Defecto en la formación del diafragma que permite que los órganos abdominales se hernien hacia el interior de la cavidad torácica).
- Onfalocelo - (Defecto en la pared abdominal anterior en el cual el anillo umbilical se ensancha, permitiendo que los órganos abdominales se hernien hacia el interior del cordón umbilical. Los órganos herniados quedan cubiertos de una bolsa membranosa casi transparente (diferente de la gastrosquisis, ver abajo), aunque esta bolsa puede romperse. También se le llama exonfalocelo. No incluya la hernia umbilical (completamente cubierta de piel) en esta categoría).
- Gastrosquisis - (Anomalía de la pared abdominal anterior, lateral al ombligo, que provoca que el contenido abdominal se hernie directamente hacia el interior de la cavidad amniótica. Se diferencia del onfalocelo por la ubicación del defecto y la ausencia de una membrana protectora).
- Defecto por reducción de extremidades (excluyendo la amputación congénita y los síndromes de enanismo) - (Ausencia completa o parcial de una porción de una extremidad relacionada con la incapacidad de esta para desarrollarse).
- Labio leporino con o sin paladar hendido - (Cierre incompleto del labio. Puede ser unilateral, bilateral o medio).
- Paladar hendido solamente - (Fusión incompleta de las placas palatinas. Puede limitarse al paladar blando o puede que se extienda al paladar duro. El paladar hendido acompañado de labio leporino debería incluirse en la categoría anterior "Labio leporino con o sin paladar hendido").
- Síndrome de Down - (Trisomía del par 21 – Anomalía cromosómica causada por la presencia parcial o total de una tercera copia del cromosoma 21).
 - Cariotipo confirmado
 - Cariotipo pendiente de confirmación
- Sospecha de la existencia de un trastorno cromosómico - (Incluye cualquier constelación de malformaciones congénitas como resultado de o compatibles con síndromes conocidos causados por defectos detectables en la estructura cromosómica).
 - Cariotipo confirmado
 - Cariotipo pendiente de confirmación
- Hipospadias - (Cierre incompleto de la uretra masculina con resultado de la apertura del meato uretral en la superficie ventral del pene. Incluye primer grado – en el glande ventral a la punta, segundo grado – en el sulcus coronario, y tercer grado – en el eje del pene).
 - Nada de lo anterior
 - Otro (especifique) _____
 - Se desconoce

55. ¿Fue transferido(a) el(la) lactante en menos de 24 horas desde su nacimiento? (Marque "sí" si el(la) lactante fue transferido(a) de este centro a otro en menos de 24 horas desde su nacimiento. Si fue transferido(a) más de una vez, ponga el nombre del primer centro al que transfirieron al(a) lactante).

- Sí No Si la respuesta es sí, nombre del centro al que transfirieron al (a la) lactante: _____

56. ¿Está el(la) lactante vivo(a) en el momento de la elaboración del informe? (El(la) lactante está vivo(a) en el momento en que se llena esta acta de nacimiento. Responda "Sí" si al(a) lactante se le dio el alta para recibir cuidados en la casa. Responda "no" si se sabe que el(la) lactante ha muerto. Si el(la) lactante fue transferido(a) y se conoce el estatus, indique el estatus conocido). Sí No Se desconoce

Mother's Medical Record # _____
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name _____

57. ¿Ya está siendo amamantado(a) el(la) lactante en el momento del alta? (Marque "sí" si el(la) lactante estaba recibiendo leche de pecho o calostro en el período comprendido entre el nacimiento y el alta del hospital. Incluya cualquier intento de establecer la producción de leche en el período comprendido entre el nacimiento y el alta del hospital. Incluya si el(la) lactante recibió fórmula además de la leche de pecho. No incluye la intención de amamantar).

Sí No Se desconoce

58. ¿Se le administraron vacunas?

¿Se vacunó al(a) lactante contra la Hepatitis B? Sí No Se desconoce

Fecha de vacunación contra la Hepatitis B: ____/____/____
MM DD AAAA

¿Se le puso al(a) lactante la inmunoglobulina de la Hepatitis B (HBIG)? Sí No Se desconoce

Fecha de vacunación con la inmunoglobulina de la Hepatitis B (HBIG): ____/____/____
MM DD AAAA

*** SE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN ***

(Nota: Esta parte de la hoja de trabajo la debe firmar la persona que atendió el parto del niño(a)).

<p>Firma de la persona que atendió el parto: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p>	<p>Fecha: _____</p>
--	---------------------

Todos los centros que no son de maternidad, las parteras y médicos forenses que no pueden registrar este nacimiento electrónicamente a través de KY-CHILD deben enviar esta hoja de trabajo ya llena, con todas las firmas pertinentes a

Kentucky Office of Vital Statistics
275 East Main, 1E-A
Frankfort, KY 40621