

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

**Folleto de Instrucciones del Sistema Estatal de Datos Perinatales y Partidas de Nacimiento del Estado de Nueva York**

**Registro del Nacimiento**

Padres de Familia	Madre	Nombre de la Madre: <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido de Soltera</i> <i>Apellido Actual</i>			
		Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento de la Madre: (Mes/Día/Año)		
Infante	Nombre del niño(a): <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido</i> <i>Sufijo</i>				
	Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Undetermined	Plurality:	Birth Order:	Medical Record No.:	
	Date of Birth: (MM/DD/YYYY)	Time of Birth: (HH:MM)			
	/ /	: <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/> military (24-hour time)			

Padres de Familia	Infante	¿Nació el bebé en éste establecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si el bebé no nació en éste establecimiento, favor de contestar las preguntas a continuación:	
		¿En qué tipo de lugar nació el bebé? <input type="checkbox"/> Centro de Maternidad Independiente (regulado por DOH) <input type="checkbox"/> Casa (planeado) <input type="checkbox"/> Casa (no planeado)	Si es un Centro de Maternidad del Estado de Nueva York, indique el nombre:  ¿En qué condado nació el bebé?
		<input type="checkbox"/> En casa (intenciones desconocidas) <input type="checkbox"/> Clínica / Consultorio Médico (no regulado por DOH) <input type="checkbox"/> Otro	
Lugar de nacimiento	<b>Establecimiento</b>		
	Lugar del nacimiento, si es <b>otro</b> tipo de lugar:	Dirección – si no es un hospital / Centro de Maternidad:	
	Si el lugar de nacimiento del bebé no fue en un Hospital o Centro de Maternidad: Ciudad, pueblo o aldea donde ocurrió el nacimiento:		Código postal:

Attendant	<b>Attendant's Information:</b>		
	License Number:	Name: <i>First</i> <i>Middle</i> <i>Last</i>	
Certifier	Title: (Select one) <input type="checkbox"/> Medical Doctor <input type="checkbox"/> Doctor of Osteopathy <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CNM) <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CM) <input type="checkbox"/> Other		
	Certifier's Information: <input type="checkbox"/> Check here if the Certifier is the same as the Attendant (otherwise enter information below)		
	License Number:	Name: <i>First</i> <i>Middle</i> <i>Last</i>	
Title: (Select one) <input type="checkbox"/> Medical Doctor <input type="checkbox"/> Doctor of Osteopathy <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CNM) <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CM) <input type="checkbox"/> Other			

Padres de Familia	Pagador	<b>Pagador principal de los costos de este parto:</b>	
		Indique uno: <input type="checkbox"/> Medicaid / Family Health Plus <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Indian Health Service <input type="checkbox"/> CHAMPUS / TRICARE <input type="checkbox"/> Otra entidad gubernamental / Child Health Plus B <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Por mi propia cuenta	
Si Medicaid no es el pagador principal de este parto, ¿es acaso el pagador secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se inscribe la madre en un plan de HMO u otro plan dirigido de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Partida de Nacimiento del Estado de Nueva York y Mejoramiento de Calidad del Sistema Estatal de Datos Perinatales**

Nombre de la Madre: <i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	No. de archivo clínico de la Madre:
Nombre del Padre: <i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Sufijo</i>
Nombre del recién nacido:	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>	Fecha de nacimiento:

**To the hospital:**

1. Obtain the parent(s) signature(s).
2. File the original Release Form in the mother's hospital record.  
Note: It is not necessary to file the remainder of the Work Booklet.
3. Provide a copy to the parent(s).
4. Do **not** send copies to the New York State Department of Health or to any Social Security office, unless specifically requested by such agency.

**A los padres:**

1. Favor de leer el aviso a continuación pertinente a la recopilación y uso de los números de Seguro Social en el certificado de nacimiento de su niño(a).
2. Favor de marcar «Sí» o «No» para indicar si desea participar en alguno de los programas enumerados.

**AVISO SOBRE LA RECOPIACIÓN DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS PADRES:** La recopilación de los números de Seguro Social en la Partida de Nacimiento Vivo que se registra en el Estado de Nueva York, es obligatoria. La recopilación de dicha información se hace conforme lo exige la Ley de Salud Pública, Sección 4132(1); y puede usarse con el propósito de hacer cumplir las órdenes de sustento de menores, con fines de la salud pública, a petición de entidades gubernamentales estatales, federales o municipales con fines legítimos según lo exige la Ley de Salud Pública Sección 4173 ó 4174 y según se requiera o merite por ley.

Sí      No

    

**Revelación del Número de Seguro Social**

La Administración del Seguro Social ofrece a los padres del recién nacido la oportunidad de someter una solicitud para el número de Seguro Social del niño(a) cuando se procesa el registro del certificado de nacimiento. Este proceso se conoce en la Administración del Seguro Social como Empadronamiento al Nacer (EAB – siglas en inglés). Si participa en el proceso EAB, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York enviará a la Administración del Seguro Social información del certificado de nacimiento de su niño(a). Favor de tomar nota que la Administración del Seguro Social no procesará su petición EAB a no ser que el certificado de nacimiento incluya el nombre completo de su niño(a). Si participa en el proceso de empadronamiento EAB, la revelación de los números de seguro social de los padres es obligatoria según legislación 42 U.S.C. 405(c)(2). El Servicio de Impuestos Internos (IRS – por sus siglas en inglés) usará los números de Seguro Social con el único propósito de determinar el cumplimiento del Crédito por Ingreso del Trabajo. ¿Desea participar en el programa EAB de la Administración del Seguro Social?

Sí      No

    

**Sistema Estatal de Datos Perinatales (SPDS) – Módulo de Mejoramiento de Calidad (QI)**

Yo consiento en que el hospital / centro de maternidad revele información médica identificable (denominada «QI») contenida en las secciones de Partida de Nacimiento y Sistema de Datos Perinatales de este folleto de instrucciones. La información será usada por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York, el hospital y el Centro Perinatal Regional con el propósito de mejorar los servicios proporcionados a las mujeres embarazadas y a sus bebés.

Firma de la Madre: ▶ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Firma del Padre: ▶ \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Una de las firmas de los padres es suficiente para autorizar la revelación de información en los consentimientos indicados arriba. Si no marca ninguna de las casillas, se interpretará como si hubiese contestado 'No'.**

Hospital Name:	
Signature of Hospital Representative: ▶	Date:

Mother's Name: \_\_\_\_\_

Mother's Med. Rec. Number: \_\_\_\_\_

**PROGRAMA DE INMUNIZACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK  
AUTORIZACIÓN PARA REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

Enrollee/Patient Name: \_\_\_\_\_

ID Number: \_\_\_\_\_

**Por la presente autorizo el uso o revelación de información médica sobre mi persona, tal como se describe a continuación.** Yo entiendo que esta autorización es voluntaria. Yo entiendo que si la organización autorizada a recibir la información no es un plan de salud, un profesional médico o un centro de intercambio de información, la información cedida puede ya no estar protegida por las normas federales de privacidad, excepto cuando al receptor se le prohíba revelar a otros información sobre toxicomanía, de acuerdo a las estipulaciones federales de confidencialidad para casos de toxicomanía y drogadicción.

Personas/organizaciones que proporcionan la información:  
Hospital/centro de maternidad

Personas/organizaciones que reciben la información:  
Escuela/guardería infantil a la que asiste:

1. Describa la información a ser cedida: Información sobre inmunización individual
2. Propósito de uso / la revelación: Revelar información sobre inmunización de una persona en particular a la escuela / guardería infantil, según lo requerido por el DOH (Departamento de Salud) con el fin de verificar que la persona ha recibido las inmunizaciones/vacunas apropiadas.
3. La persona / el programa que solicita la autorización no recibirá compensación financiera o en especies a cambio de usar o revelar a la escuela/guardería infantil la información médica relativa a la inmunización.
4. Yo entiendo que mi atención médica y los pagos por tal atención médica no se verán afectados si yo no firmo este formulario, excepto en ciertas situaciones en las que la información sea necesaria para pagos, inscripción en un plan de salud, etc.
5. Yo entiendo que, con unas pocas excepciones, puedo ver y copiar la información descrita en este formulario si lo solicito, y que recibiré una copia de dicho formulario después de haberlo firmado.
6. Esta autorización permanecerá en vigencia hasta ser revocada por escrito contactando al profesional médico, o hasta que el menor cumpla 18 años de edad.

\_\_\_\_\_  
Firma de(l) / la paciente o representante legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Nombre del representante legal de(l) / la paciente, en letra de imprenta: \_\_\_\_\_

Parentesco con el / la paciente: \_\_\_\_\_

Número de contacto del programa: \_\_\_\_\_

Información sobre toxicomanía protegida por ley federal:

Yo entiendo que mis expedientes están protegidos de acuerdo a lo establecido por las normas federales que regulan la confidencialidad de la información del paciente relativa a alcoholismo y toxicomanía, 42 CFR parte 2, y no pueden ser revelados sin mi consentimiento escrito, a menos que dichas normas indiquen lo contrario. También entiendo que puedo revocar este consentimiento en cualquier momento, excepto para los casos en que ya se haya actuado de acuerdo a lo expresado en dicho consentimiento.

(Autorización para Cesión de Información, HIPAA, 45 C.F.R. §164.508)

5 de junio de 2003

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

**Infant**

<b>If Multiple Births:</b>	Number of Live Births:	Number of Fetal Deaths:	<b>Birth Weight:</b>
			grams   lbs.   oz.

If birth weight < 1250 grams (2 lbs. 12 oz.), reason(s) for delivery at a less than level III hospital: *(Only if applicable)*

None  Unknown at this time

**Select all that apply:**

Rapid / Advanced Labor  Bleeding  Fetus at Risk  Severe pre-eclampsia

Woman Refused Transfer  Other (specify)

Infant Transferred:	NYS Hospital Infant Transferred To:	State/Terr./Province:
<input type="checkbox"/> Within 24 hrs <input type="checkbox"/> After 24 hrs. <input type="checkbox"/> Not transferred		

<b>Apgar Scores</b>	<b>Is the Infant Alive?</b>	<b>Clinical Estimate of Gestation:</b>	<b>Newborn Treatment Given:</b>
1 minute:      5 minutes:      10 minutes:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Infant Transferred / Status Unknown	(Weeks)	<input type="checkbox"/> Conjunctivitis only <input type="checkbox"/> Vitamin K only <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Neither

How is infant being fed? *(Select one)*

Breast Milk Only  Formula Only  Both Breast Milk and Formula

Other  Do Not Know

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

<b>MADRE</b>				
<b>Medical Record Number:</b>				
Padres de Familia	Demografía de la Madre	<b>Nivel de educación de la Madre: (marque uno)</b> <input type="checkbox"/> 8° grado o menos <input type="checkbox"/> Créditos universitarios, sin título <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> 9° – 12° grado; sin diploma <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria; o GED <input type="checkbox"/> Bachelor's degree		
		Ciudad de nacimiento:	Estado/Territorio o Provincia donde nació:	
	País de nacimiento, si no fue en EEUU:		<b>Origen hispano:</b> <b>Marque según corresponda:</b> <input type="checkbox"/> No, no de origen español / hispano / latino <input type="checkbox"/> Sí, mexicana, méxico americana, chicana <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña <input type="checkbox"/> Sí, cubana <input type="checkbox"/> Sí, otro origen: español / hispano / latino <b>Especifique:</b> _____	
	Demografía de la Madre	<b>Raza:</b> <b>Marque todo lo que corresponda:</b> <input type="checkbox"/> Blanca / Caucásica <input type="checkbox"/> Negra o afro estadounidense <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <b>Tribu:</b> _____ <input type="checkbox"/> Otra raza asiática <b>Especifique:</b> _____ <input type="checkbox"/> Otra raza de la isla del Pacífico <b>Especifique:</b> _____ <input type="checkbox"/> Otra <b>Especifique:</b> _____		
<b>Domicilio residencial</b>				
Calle:				
Estado/Territorio o Provincia:		Condado:	Ciudad, Pueblo o Aldea:	
Código postal:	País de residencia de la madre, si no reside en EEUU:	No. de teléfono en EEUU o Canadá: (     )     -		
Domicilio Postal de la Madre	<b>Domicilio postal – más reciente</b> <input type="checkbox"/> Marque aquí si el domicilio postal es el mismo que el domicilio residencial (de lo contrario, indique la información a continuación)			
	Domicilio postal:			
	Ciudad, Pueblo o Aldea:	Estado/Territorio o Provincia:	País, si no es en EEUU:	Código postal:
Empleo	<b>Historial de empleo</b>			
	¿Sostuvo un empleo durante el embarazo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ocupación actual / más reciente:	Tipo de negocio / Industria:	
	Nombre de la compañía o empresa:	Dirección:		
Ciudad:	Estado/Territorio/Provincia:	Código postal:		





