

HOJA DE TRABAJO PARA CREAR EL REGISTRO DE NACIMIENTO DE SU HIJO WORKSHEET FOR CREATING YOUR CHILD'S BIRTH RECORD

1. Lea la información sobre el certificado de nacimiento de su hijo (F-05103).
2. La información sobre el nacimiento puede usarse para los análisis de salud o de población o para los programas de salud pública.
3. Los datos recopilados para uso estadístico únicamente se indican con un asterisco (*).

SANCIONES: Cualquier persona que intencionalmente y a sabiendas proporcione información falsa para ser utilizada en la preparación de un certificado de nacimiento es culpable de un delito mayor de Clase I [una multa de no más de \$10,000 o una pena de prisión de no más de tres años y seis meses, o ambas, según Stat. § 69.24(1)].

For Birthing Facility Use	
Birthing Parent's Medical Record # _____	
Child's Medical Record # _____	
Child's Date of Birth _____ / _____ / _____ (MM/DD/YYYY)	
Month Day Year	

NIÑO	Nombre del niño	Segundo nombre del niño	Apellido del niño	Sufijo (por ejemplo, Jr., I, II)
------	-----------------	-------------------------	-------------------	----------------------------------

Marque aquí si existe la posibilidad de que el niño sea puesto en adopción.

INFORMACIÓN SOBRE LAS MADRES QUE DAN A LUZ	Nombre actual completo - Primer nombre	Segundo nombre	Apellido actual	Sufijo (por ejemplo, Jr., I, II)
	Nombre completo de nacimiento – Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de nacimiento	Sufijo (por ejemplo, Jr., I, II)
	Lugar de nacimiento - País	Lugar de nacimiento - Estado o territorio de Estados Unidos	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / _____	
	*Origen hispano - Marque todo lo que corresponda			
	<input type="checkbox"/> No es español/hispano/latino		<input type="checkbox"/> Cubano	
	<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-americano, chicano/chicana		<input type="checkbox"/> Otro español/hispano/latino (por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano)	
	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño		(especifique): _____	
	*Raza – Marque todo lo que corresponda			
	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska, especifique las tribu(s) _____ <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Hmong <input type="checkbox"/> Otro asiático, específico _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otro isleño, especifique _____ <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____			
	*Estatura Pies: _____ Pulgadas: _____		*Peso antes del embarazo Libras: _____	
*Educación – (indique el nivel más alto de escolaridad completado en el momento en que dio a luz): Elija una opción.				
<input type="checkbox"/> 8vo grado o menos		<input type="checkbox"/> 9º a 12º grado, sin diploma		
<input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o completó el GED		<input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título		
<input type="checkbox"/> Título asociado (por ejemplo, AA, AS)		<input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)		
<input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)		<input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD)		
*Fumar cigarrillos antes y durante el embarazo Para cada período de tiempo a la derecha, indique la cantidad de cigarrillos o la cantidad de paquetes de cigarrillos que se fumó. SI NO FUMA, ESCRIBA "0".		*Cantidad promedio de cigarrillos que se fumó por día.	Cantidad de cigarrillos	
		Los 3 meses antes del embarazo	_____	
		Los primeros 3 meses de embarazo	_____	
		Los segundos 3 meses de embarazo	_____	
		Los últimos 3 meses de embarazo	_____	
*¿La madre que da a luz vive actualmente con alguien que fuma? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		*¿Recibió la madre que dio a luz alimentos del programa WIC (Women, Infants & Children) para ella por estar embarazada de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

ESTADO CIVIL	Consulte los párrafos sobre presunción de paternidad e inseminación artificial en la página dos de esta hoja de trabajo para conocer las leyes sobre la presentación de información sobre el cónyuge.
	¿Está casada la madre que da a luz? (en el momento de la concepción, en el momento del nacimiento o en cualquier momento entre la concepción y el nacimiento?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Si no está casada, ¿se completó un formulario de reconocimiento voluntario de paternidad (VPA) para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué tipo de etiquetas deben utilizarse en el certificado de nacimiento de su hijo? <input type="checkbox"/> Madre/Padre <input type="checkbox"/> Padre (parent) / padre (parent)	

PRESUNCIÓN DE PATERNIDAD	<p>Presunción de paternidad: De acuerdo con los estatutos, existe una presunción refutable de que un hombre casado con la madre que da a luz en cualquier momento entre la concepción y el nacimiento es el padre del niño. Existe una excepción si se cumplen los requisitos de paternidad legal por inseminación artificial.</p> <p>Inseminación artificial: según Wis. Stat. § 891.40 (1), si el embarazo fue el resultado de una inseminación artificial realizada bajo la supervisión de un médico autorizado utilizando semen donado, y si el cónyuge de la madre que dio a luz consiente la inseminación por escrito, entonces el cónyuge de la madre que dio a luz será el padre legal del niño así concebido. Este consentimiento debe estar firmado por ambos cónyuges. Las firmas y la fecha de la inseminación deben ser certificadas por el médico. El médico deberá presentar el consentimiento al Departamento.</p> <p><input type="checkbox"/> *Marque aquí si el niño fue concebido mediante inseminación artificial con semen donado.</p> <p><input type="checkbox"/> *Marque aquí para reconocer que se proporcionó un consentimiento por escrito y firmado al médico que supervisó la inseminación.</p>
---------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

SEGURO SOCIAL	<p>*Número de seguro social de la madre que da a luz _____</p> <p>*¿Desea que su hijo reciba un número de seguro social? <input type="checkbox"/> Sí (firme la solicitud a continuación) <input type="checkbox"/> No</p> <p>Solicito que la Social Security Administration asigne un Número de Seguro Social (SSN) al niño nombrado en este formulario y autorizo al Estado a proporcionar a la Social Security Administration la información en este formulario necesaria para asignar un número. Doy fe de que la información que he proporcionado en este formulario es correcta a mi leal saber y entender. Solo la persona que dé a luz o su cónyuge pueden autorizar una solicitud para el número de seguridad social (SSN).</p> <p>Mediante la siguiente entrada de mi nombre o firma escritos entre dos barras “/ /”, indico que soy la persona nombrada y que tomo esta entrada como mi firma legal en este documento.</p> <p style="text-align:center;">Firma del progenitor: _____ / Fecha de la firma: _____</p>
----------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

INFORMACIÓN SOBRE LA DIRECCIÓN	<p>Ubicación de la residencia dentro de la ciudad, aldea o pueblo donde paga impuestos y vota (esto puede diferir de su dirección postal):</p>		
	País (si es Estados Unidos, déjelo en blanco)	Estado (o territorio estadounidense o provincia canadiense)	
	Condado	Ciudad, aldea, o pueblo	<input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Aldea <input type="checkbox"/> Pueblo
	Número y calle completos	Número de apartamento.	Código postal
	<p>Dirección postal (puede diferir de la dirección de residencia indicada anteriormente):</p> <p>A cargo de (si corresponde):</p>		
	Dirección	Número de apartamento	
	Ciudad	Estado (o territorio estadounidense)	Código postal
	*Número de teléfono de la madre que da a luz	<input type="checkbox"/> No tiene teléfono	*Tipo de teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Trabajo

INFORMACIÓN DEL CÓNYUGE	Nombre actual completo – Primer nombre	Segundo nombre	Apellido actual	Sufijo (por ejemplo, Jr., I, II)
	Nombre completo de nacimiento – Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de nacimiento	Sufijo (por ejemplo, Jr., I, II)
	Lugar de nacimiento - País	Lugar de nacimiento - Estado o territorio de Estados Unidos	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____/____/____	
	<p>*Origen hispano - Marque todo lo que corresponda</p> <p><input type="checkbox"/> No es español/hispano/latino <input type="checkbox"/> Cubano</p> <p><input type="checkbox"/> Mexicano, mexicano-americano, chicano <input type="checkbox"/> Otro español/hispano/latino (por ejemplo, salvadoreño, dominicano, colombiano)</p> <p><input type="checkbox"/> Puertorriqueño (especifique): _____</p>			
	<p>* Raza: marque todas las que correspondan</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska, especifique la(s) tribu(s) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático indio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Hmong</p> <p><input type="checkbox"/> Otro asiático, especifique _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico, especifique _____ <input type="checkbox"/> Otro, especifique _____</p>			
	<p>*Educación - (indique el nivel más alto de educación completado en el momento de la entrega): elija una opción.</p> <p><input type="checkbox"/> 8° grado o menos <input type="checkbox"/> 9° a 12° grado, sin diploma</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o completó el GED <input type="checkbox"/> Algo de crédito universitario, pero sin título</p> <p><input type="checkbox"/> Título asociado (por ejemplo, AA, AS) <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>			
	<p>* Número de seguro social del cónyuge _____</p>			