



OBPIF

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD PARA MUJERES
(WOMEN'S HEALTH PATIENT REGISTRATION INFORMATION FORM)**

Patient name: _____

Date of birth: _____

MRN#: _____

Page 2 of 6

6. ¿Dónde vive habitualmente, es decir, dónde se encuentra su hogar/residencia?Complete la calle y el número: _____ No. de apartamento: _____
(No ingrese números de rutas rurales/apartados de correos)

Ciudad, pueblo o localidad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si es fuera de los Estados Unidos, país: _____

7. ¿Está este hogar dentro de los límites de la ciudad (dentro de los límites incorporados de la ciudad, pueblo o localidad donde vive)?MARQUE UNA OPCIÓN: Sí No No sabe**8. ¿Cuál es su dirección POSTAL?** Marque aquí si esta es la misma que la dirección de su hogar/residencia.Complete la calle y el número: _____ No. de apartamento: _____
(No ingrese números de rutas rurales/apartados de correos)

Ciudad, pueblo o localidad: _____

Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Si es fuera de los Estados Unidos, país: _____

9. ¿Cuáles son sus números de TELÉFONO de contacto?**Teléfono fijo:** (_____) _____ **Teléfono celular:** (_____) _____**Información de empleo:** A tiempo completo A tiempo parcial Desempleada Otro: _____**Nombre del empleador de la paciente y ocupación****10. ¿Cuál será el nivel más alto de educación que tendrá en el momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si actualmente está matriculada, marque la casilla que indica el grado previo o el nivel más alto que haya obtenido)?**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8 grado o menos | <input type="checkbox"/> De 9.o a 12.o grado, sin título |
| <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o examen GED completado | <input type="checkbox"/> Ciertos créditos universitarios, pero sin título |
| <input type="checkbox"/> Diplomatura (p. ej., AA, AS) | <input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) |
| <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA) | |
| <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD) | |

11. ¿Recibió alimentos del programa WIC ((Mujeres, Bebés y Niños) para usted porque estaba embarazada de este niño?MARQUE UNA OPCIÓN: Sí No**12. ¿Es usted de origen español/hispano/latino? Si no es de origen español/hispano/latino, marque la casilla de "No". Si es de origen español/hispano/latino, marque la casilla correspondiente.**

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No de español/hispano/latino | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen español/hispano/latino (p. ej., español, salvadoreño, dominicano, colombiano) | |
- (Especifique): _____



OBPIF

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD PARA MUJERES
(WOMEN'S HEALTH PATIENT REGISTRATION INFORMATION FORM)**

Patient name:

Date of birth:

MRN#:

Page 3 of 6

13. ¿Cuál es su raza? (Marque una o más razas para indicar lo que usted se considera.)

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativo de Alaska (nombre de la tribu en que está inscrita o tribu principal): _____ | | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Isleño de otras islas del Pacífico (especifique): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otra raza (especifique): _____ | | |

14. ¿Quiere que le den un número de Seguro Social al bebé?

- Sí [firme debajo de la pregunta 15] No

15. Solicito a la Administración del Seguro Social que le asignen un número de Seguro Social al niño en este formulario y autorizo al estado para que le dé a la Administración del Seguro Social la información de este formulario que sea necesaria para asignar un número. (Cualquiera de los padres biológicos o el tutor pueden firmar).

Firma del padre/madre biológico/a o del tutor del bebé: _____ Fecha: _____

16. Estado civil de la madre - ¿Alguna vez estuvo casada? ((En el momento del nacimiento, en la concepción o en cualquier momento intermedio) **Debe indicarse el estado civil.** Marque la casilla que mejor describa su estado civil.

Si está actualmente casada o separada, su cónyuge actual se considera el padre legal o el segundo padre o madre del niño (Ley de Delaware, Título 13, Capítulo 8, Subcapítulo II, §8-204). Si su cónyuge no es la madre o el padre biológico del niño, se requiere una determinación judicial de la paternidad para añadir el nombre del segundo padre o madre al certificado de nacimiento). Marque UNA de las siguientes opciones:

- Casada** – [lea el mensaje de arriba y pase a la pregunta 17]
- Separada** – [lea el mensaje de arriba y pase a la pregunta 17]
- Casada, información del marido rechazada** – si se rechaza la información del marido, la información del padre no figurará en el certificado de nacimiento.
- Divorciada/viuda**
Indique la fecha en que se divorció o enviudó. ____ / ____ / ____
MM DD AAAA
- Matrimonio del mismo sexo** **Unión civil** - (si está actualmente en un matrimonio del mismo sexo reconocido por el estado de Delaware o formado válidamente en otra jurisdicción o unión civil (marque una de estas casillas)
- No casada** – Si no está casada, ¿se ha completado un reconocimiento de paternidad para este niño? Es decir, ¿han firmado usted y el padre biológico un formulario de reconocimiento de paternidad de Delaware en el que el padre biológico acepta la responsabilidad legal del niño? Si no está casada y no se ha completado un reconocimiento de paternidad, no se puede incluir información sobre el padre biológico en el certificado de nacimiento. Puede obtener información sobre los procedimientos para añadir la información sobre el padre biológico al certificado de nacimiento después de haberlo presentado de la Oficina Estatal de Estadísticas Vitales (State Vital Statistics Office).
- Sí, se ha completado un reconocimiento de paternidad [Pase a la pregunta 17]
- No, no se ha completado un reconocimiento de paternidad. La madre y el padre biológico:
- Quisiera hablar con alguien para completar una declaración jurada de reconocimiento de paternidad.
- No quisiera hablar con alguien para completar una declaración jurada de reconocimiento de paternidad. [Pase a la pregunta 24]

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE, O EL PADRE O LA MADRE NO. 2

17. ¿Cuál es el nombre legal actual del padre de su bebé, o del padre o de la madre no. 2?

Primer nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo (Jr., III, etc.) _____



OBPIF

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD PARA MUJERES
(WOMEN'S HEALTH PATIENT REGISTRATION INFORMATION FORM)**

Patient name: _____

Date of birth: _____

MRN#: _____

Page 4 of 6

18. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre, o del padre o de la madre no. 2? (Por ejemplo: 4 de marzo de 1976)

Mes _____ Día _____ Año _____

19. ¿En qué estado, territorio estadounidense o país extranjero nació el padre? Especifique una de las siguientes opciones:

Especifique una de las siguientes opciones:

Estado: _____ *o territorio estadounidense (es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, Samoa Americana o Marianas del Norte):* _____

o país extranjero: _____

20. ¿Cuál es el número de Seguro Social del padre, o del padre o de la madre no. 2? Si no está casado, o si no ha completado un reconocimiento de paternidad, deje este punto en blanco.

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

Información de empleo del padre, o el padre o la madre no. 2: A tiempo completo A tiempo parcial

 Desempleado Otro: _____

Nombre del empleador del padre y ocupación
21. ¿Cuál será el nivel más alto de educación que habrá alcanzado el padre, o el padre o la madre no. 2 al momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si actualmente está matriculado, marque la casilla que indica el grado previo o el nivel más alto que haya obtenido.)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8 grado o menos | <input type="checkbox"/> De 9.o a 12.o grado, sin título |
| <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o examen GED completado | <input type="checkbox"/> Ciertos créditos universitarios, pero sin título |
| <input type="checkbox"/> Diplomatura (p. ej., AA, AS) | <input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) |
| <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA) | |
| <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD) | |

22. ¿El padre, o el padre o la madre no. 2 es de origen español/hispano/latino? Si no es de origen español/hispano/latino, marque la casilla de "No". Si es de origen español/hispano/latino, marque la casilla correspondiente.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No de español/hispano/latino | <input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexicanoamericano, chicano |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Sí, cubano |
| <input type="checkbox"/> Sí, otro origen español/hispano/latino (p. ej., español, salvadoreño, dominicano, colombiano) | |

(Especifique): _____

23. ¿Cuál es la raza del padre, o del padre o de la madre no. 2? Marque una o más razas para indicar lo que se considera.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Chino |
| <input type="checkbox"/> Indígena de las Américas o nativo de Alaska (nombre de la tribu en que está inscrita o tribu principal): _____ | | <input type="checkbox"/> Japonés |
| | | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático | <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái | |
| <input type="checkbox"/> Coreano | <input type="checkbox"/> Otra raza asiática (especifique): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Isleño de otras islas del Pacífico (especifique): _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Otra raza (especifique): _____ | | |



OBPIF

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD PARA MUJERES
(WOMEN'S HEALTH PATIENT REGISTRATION INFORMATION FORM)**

Patient name:

Date of birth:

MRN#:

Page 5 of 6

24. ¿Cuál será la raza del recién nacido? (Marque una o más razas para indicar qué raza representará mejor la raza del bebé.)

- Blanco

 Negro o afroamericano

 Indígena de las Américas o nativo de Alaska
 Asiático

 Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

 Otra raza
 No contesta

25. ¿Cuál será la etnia del recién nacido?

- Hispano o latino
 No hispano ni latino
 No contesta

Historial prenatal (mujer que dará a luz a este niño), si se conoce.

26. Fecha de la primera visita de atención prenatal. La atención prenatal comienza cuando un médico u otro profesional médico examina o aconseja a la mujer embarazada como parte de un programa en curso de atención del embarazo:

M M - D D - A A A A

27. Fecha de inicio de la última menstruación.

M M - D D - A A A A

28. Cantidad total de nacidos vivos anteriores que viven todavía. (Sin incluir a este niño. En el caso de los partos múltiples, no incluya al primer nacido en el conjunto si completa esta hoja para ese niño):

_____ Ninguno
 Cantidad

29. Fecha del último nacido vivo.

M M - D D - A A A A

30. Cantidad total de nacidos vivos anteriores que murieron.

_____ Ninguno
 Cantidad

31. Cantidad total de abortos espontáneos o provocados

_____ Ninguno
 Cantidad

32. Fecha de finalización del último embarazo con un resultado diferente. (Fecha en la que finalizó el último embarazo cuyo nacido no vivió):

M M - D D - A A A A



OBPIF

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE REGISTRO DE PACIENTES
DEL CENTRO DE SALUD PARA MUJERES
(WOMEN'S HEALTH PATIENT REGISTRATION INFORMATION FORM)**

Patient name: _____

Date of birth: _____

MRN#: _____

Page 6 of 6

Un empleado del equipo de admisión se comunicará con su compañía de seguros para obtener autorización y, si es necesario, se comunicará con usted para el pago por adelantado del deducible o de los copagos necesarios. Los deducibles y los copagos deben pagarse antes o en el momento del ingreso.

Seguro principal: Marque esta casilla si añadirá al recién nacido a su seguro principal.

Compañía de seguros:		Número de póliza:	
Número de grupo:		Número de teléfono de la compañía de seguros:	
Suscriptor:		Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra	Número de Seguro Social del suscriptor:	

Situación laboral del suscriptor: A tiempo completo A tiempo parcial Desempleado Otra: _____

Nombre del empleador, ciudad y estado: _____

Teléfono del empleador: _____ () _____

Seguro principal: Marque esta casilla si añadirá al recién nacido a su seguro secundario.

Compañía de seguros:		Número de póliza:	
Número de grupo:		Número de teléfono de la compañía de seguros:	
Suscriptor:		Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Relación con el paciente:	<input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otra	Número de Seguro Social del suscriptor:	

Situación laboral del suscriptor: A tiempo completo A tiempo parcial Desempleado Otra: _____

Nombre del empleador, ciudad y estado: _____

Teléfono del empleador: _____ () _____

Si el recién nacido no se agrega a su seguro principal ni secundario, ¿quiere solicitar Medicaid?

Sí or No

Contactos – pueden comunicarse con estas personas en caso de emergencia.

Nombre del contacto no. 1:		Relación:	
No. de teléfono:	Casa: () _____	Celular: () _____	
Nombre del contacto no. 2:		Relación:	
No. de teléfono:	Casa: () _____	Celular: () _____	

Firma/iniciales del padre/madre/tutor _____
 Nombre en letra de molde _____
 Fecha _____ / _____ / _____
 Hora _____