



Estimada futura mamá:

¡Felicitaciones por su embarazo! En el Hospital Episcopal St. John's, estamos comprometidos con brindarle una atención y un acompañamiento excepcionales a usted y a su familia durante este momento tan especial.

Como parte de nuestro compromiso de hacer que su experiencia de parto sea lo más fluida y libre de estrés posible, le recomendamos completar su preinscripción dentro de los 30 días previos a la fecha estimada de parto. Realizar este trámite con anticipación nos permite asegurarnos de que todos los preparativos necesarios estén en orden, agiliza el proceso de admisión y nos ayuda a prepararnos para recibirla como se merece en ese gran día.

El Hospital Episcopal St. John's se enorgullece de ser el hospital líder en Far Rockaway, al servicio de la Península de Rockaway y las comunidades vecinas. Nuestro equipo de profesionales está dedicado a brindar una atención personalizada y centrada en la familia, en un entorno cálido y acogedor. Es un honor para nosotros acompañarla en esta etapa tan importante y brindarle todo nuestro apoyo durante este proceso.

Para completar su preinscripción, visite nuestro portal en línea en mommy.baby@ehs.org, o comuníquese con el Departamento de Preadmisión y Autorización Financiera de Maternidad de EHS al 718-869-7163 para concertar una cita virtual de preinscripción.

Gracias por elegir el Hospital Episcopal St. John's para su atención de maternidad. Estamos comprometidos con que su experiencia con nosotros sea positiva, cómoda y memorable.

Le deseamos un embarazo saludable y un parto tranquilo.

Saludos cordiales,
El Equipo de Acceso para Pacientes
Hospital Episcopal St. John's



QUÉ LLEVAR PARA SU ADMISIÓN AL HOSPITAL

(En caso de no haberlo presentado durante la preinscripción)

Por favor, traiga los siguientes elementos al momento de su admisión si no ha completado el proceso de preinscripción:

Identificación válida con fotografía: licencia de conducir, documento de identidad estatal o pasaporte.

Tarjeta(s) de seguro médico: su información de seguro de salud y cualquier formulario de referencia o autorización necesario para usted y su bebé.

Formularios de admisión al hospital: toda la documentación entregada o completada con anterioridad.

Información de familiar más cercano o contacto de emergencia: nombres y números telefónicos de su persona de apoyo o contacto de emergencia.

Directiva Anticipada: formulario completado incluido en el paquete de admisión

Método de pago: tarjeta de crédito/débito u otra información de pago.

Instrucciones especiales: cualquier preferencia o indicación que desee comunicar.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA AGREGAR A SU PAREJA EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Si desea incluir el nombre de su pareja en el certificado de nacimiento, deberá presentar lo siguiente:

Identificación con foto válida de la pareja: licencia de conducir, documento de identidad estatal o pasaporte.

Certificado de matrimonio (si corresponde): para confirmar la relación legal, si fuera necesario.

Formulario de certificado de nacimiento completado: entregado por el personal del hospital o disponible en el área de admisión

Número de Seguro Social de la pareja: si corresponde, para fines de documentación.

IMPORTANTE PARA PADRES NO CASADOS:

Si no están casados, deberán completar el Formulario de Reconocimiento de Filiación (Acknowledgment of Parentage form). Este formulario debe ser completado y firmado ante dos testigos, con el fin de establecer la filiación legal.

Por favor, consulte con el personal del hospital con anticipación si tiene alguna duda o necesita presentar documentación adicional, para asegurar que el proceso de admisión se realice sin inconvenientes.



Episcopal Health Services

ST. JOHN'S EPISCOPAL HOSPITAL
PATIENT ACCESS DEPARTMENT
327 BEACH 19TH STREET
FAR ROCKAWAY, NY 11691
Teléfono: 718-869-7163 Fax: 718-869-8557

CUESTIONARIO DE PREADMISIÓN DE MATERNIDAD

PARA GARANTIZAR UN INGRESO RÁPIDO Y LA EMISIÓN CORRECTA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO, LE SOLICITAMOS QUE DEVUELVA ESTE CUESTIONARIO DENTRO DE LOS 10 DÍAS POSTERIORES A SU RECEPCIÓN. UNA VEZ QUE RECIBAMOS ESTE FORMULARIO, LE ENVIAREMOS UN PAQUETE CON INFORMACIÓN ADICIONAL.

Fecha estimada de ingreso / Fecha probable de parto _____ Remitida por: Médico de St. John's Médico de la comunidad

Obstetra _____ Otro _____

NOMBRE LEGAL DEL PACIENTE	APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA
------------------------------	----------	--------	----------------	---------------------

DOMICILIO POSTAL	STREET	APT NO.	CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. (H) (C)	
------------------	--------	---------	--	--

CIUDAD / LOCALIDAD	CONDADO	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
--------------------	---------	--------	---------------	--

CORREO ELECTRÓNICO		SEGURIDAD SOCIAL		
--------------------	--	------------------	--	--

@

DIRECCIÓN POSTAL (SI DIFIERE DE LA ANTERIOR)			CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. (H) (C)
--	--	--	--

INFORMACIÓN PARA PACIENTES DE MATERNIDAD	ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTERA <input type="checkbox"/> CASADA <input type="checkbox"/> DIVORCIADA <input type="checkbox"/> VIUDA <input type="checkbox"/> SEPARADA	NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE _____	
--	-----------------	--	-----------------------------------	--

PARIENTE MÁS CERCANO	NOMBRE	RELACIÓN	DOMICILIO	CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. FECHA DE NACIMIENTO (H) (C)
-------------------------	--------	----------	-----------	--

NOTIFICAR EN CASO DE	NOMBRE	RELACIÓN	DOMICILIO	CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. FECHA DE NACIMIENTO (H) (C)
-------------------------	--------	----------	-----------	--

ATENCIÓN MÁS RECIENTE	¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ TRATAMIENTO EN JOHN'S CLÍNICA OP ER HOSPITAL OTRO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
--------------------------	---	---	--	--

¿BAJO QUÉ APELLIDO ESTABA REGISTRADO(A)
SI ERA DIFERENTE DEL INDICADO? _____

OCCUPACIÓN DEL PACIENTE	EMPLEADOR _____	DOMICILIO _____
----------------------------	-----------------	-----------------

	OCCUPACIÓN _____	CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. _____
--	------------------	------------------------------------

	¿ES USTED ACTUALMENTE EMPLEADO/A DE EHS?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
--	--	---

<input type="checkbox"/> DOMICILIO DEL EMPLEADOR DEL CÓNYUGE/ PAREJA	EMPLEADOR _____	DOMICILIO _____
---	-----------------	-----------------

<input type="checkbox"/> Ocupación del progenitor	OCCUPACIÓN _____	¿HACE CUÁNTO?: _____ DOMICILIO _____
---	------------------	--------------------------------------

MARQUE UNA	N.º DE SEGURIDAD SOCIAL _____	CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. _____
------------	-------------------------------	------------------------------------

PRINCIPAL:	¿ES USTED ACTUALMENTE EMPLEADO/A DE EHS?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
------------	--	--

SEGURO PRINCIPAL	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO _____	N.º DE TEL. PARA CORROBORAR LA ELEGIBILIDAD _____
---------------------	---------------------------------------	---

	DOMICILIO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
--	-----------------	---

	TITULAR DE LA PÓLIZA _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
--	----------------------------	---------------------------

	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGUROADO: _____	N.º DE PÓLIZA _____
--	--	---------------------

	<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> HIJO	
--	--	--

SEGURIDAD SECUNDARIO	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO _____	N.º DE TEL. PARA CORROBORAR LA ELEGIBILIDAD _____
-------------------------	---------------------------------------	---

	DOMICILIO _____	CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
--	-----------------	---

	TITULAR DE LA PÓLIZA _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
--	----------------------------	---------------------------

	RELACIÓN DEL PACIENTE CON EL ASEGUROADO: _____	N.º DE PÓLIZA _____
--	--	---------------------

	<input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> HIJO	
--	--	--

COBERTURA DE MEDICAID: <input type="checkbox"/> FIDELIS <input type="checkbox"/> HEALTHFIRST <input type="checkbox"/> OTRO	N.º DE ID ESTATAL DE MEDICAID _____
--	-------------------------------------

SEGURO DEL RECIÉN NACIDO	¿EN QUÉ SEGURO TIENE PREVISTO INSCRIBIR A SU RECIÉN NACIDO?	
-----------------------------	---	--

	NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA _____	FECHA DE NACIMIENTO _____
--	---------------------------------------	---------------------------

	RELACIÓN CON EL PACIENTE _____	
--	--------------------------------	--

	NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO _____	
--	---------------------------------------	--

	DOMICILIO DE RECLAMACIONES _____	
--	----------------------------------	--

	CÓDIGO DE ÁREA / N.º DE TEL. _____	N.º DE ID DE PÓLIZA _____
--	------------------------------------	---------------------------

	COBERTURA DE MEDICAID _____	N.º DE ID ESTATAL DE MEDICAID _____
--	-----------------------------	-------------------------------------

INFORMACIÓN ADICIONAL	Para cualquier pregunta o inquietud de carácter financiero, comuníquese con el Departamento de Aprobación Financiera de Pre-Admisión de Maternidad (Maternity Pre-Admission Financial Clearance Department) de EHS por teléfono al 718-869-7163 o por correo electrónico a mommy.baby@ehs.org. Además, puede enviar este formulario por fax a nuestra línea segura al 718-869-8557.	
--------------------------	---	--

Le recordamos que debe incluir una copia de su tarjeta de seguro médico (anverso y reverso) junto con una identificación con fotografía.



Departamento de Salud y de Higiene
Mental de la Ciudad de Nueva York

Bureau of Vital Statistics
125 Worth St.
New York, NY 10013

Abril de 2021

Estimado/a nuevo/a madre/progenitor (persona que da a luz):

El Departamento de Salud y de Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York (NYC Health Department) emite el certificado de nacimiento de su hijo/a. El certificado de nacimiento es el registro legal permanente del nacimiento de su hijo/a y se utiliza como prueba de su edad, ciudadanía y filiación. La información que usted proporcione es requerida por ley. A menos que complete correctamente este formulario, no podremos emitir un certificado de nacimiento preciso para su hijo/a.

La información sobre su nivel educativo, raza, consumo de tabaco, estatura y peso antes del embarazo se recopila con fines de salud pública. Las preguntas adicionales marcadas con la etiqueta "QI" (Mejora de la Calidad, por sus siglas en inglés) son solicitadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York (NYS Department of Health) con el propósito de obtener más información sobre la calidad de la atención prenatal que reciben las personas embarazadas en el estado. Las leyes de la Ciudad y del Estado de Nueva York protegen contra la divulgación no autorizada de la información contenida en los certificados de nacimiento, garantizando así la confidencialidad tanto suya como de su hijo/a.

- Es sumamente importante que proporcione información completa y precisa al responder las preguntas de este formulario. Por favor, escriba toda la información de manera clara y legible.
- Este formulario **debe** completarse en inglés. Si no puede llenarlo en inglés por su cuenta, o si tiene alguna pregunta, comuníquese con el registrador de nacimientos del hospital en _____.
- El formulario **debe** completarse y entregarse al registrador de nacimientos dentro de las 24 horas posteriores al nacimiento de su hijo/a.

Para fines de seguimiento del registro de nacimientos en establecimientos de salud

**Hoja de trabajo de la madre/progenitor — Datos recopilados para el registro
del certificado de nacimiento del recién nacido**

Expediente médico de
la madre/progenitor
Número

Nombre de la
madre/progenitor:

Número de
expediente médico
del menor:

Fecha de nacimiento
del menor:

Número de nacidos en
este embarazo

Si hubo más de uno, orden de
nacimiento de este menor

Escriba todos los nombres exactamente como desea que aparezcan en el certificado de nacimiento.
Para cambiar esta información en el futuro, deberá presentar una solicitud de corrección ante el Departamento de Salud.

Menor

Si se trata de un parto múltiple, indique el orden de nacimiento de este menor: _____

1. ¿Cuál será el nombre legal de su hijo/a?	NOMBRE del menor	SEGUNDOS nombres del menor	APELLIDO del menor	Sufijo (Jr., III, etc.)
2. ¿Desea un número de Seguro Social (Social Security number, SSN) y una tarjeta para su hijo/a?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			Si es afirmativo, la tarjeta será enviada por correo a la dirección postal de la madre/progenitor registrada, por parte de la Administración del Seguro Social.	
Siempre que haya proporcionado el nombre y el apellido legales de su recién nacido en el espacio correspondiente, podrá solicitar un SSN para su hijo/a. El Departamento de Salud enviará la solicitud a la Administración del Seguro Social en el momento en que se registre el certificado. Si no realiza esta solicitud ahora, deberá comunicarse directamente con la Administración del Seguro Social para obtener un SSN para su hijo/a. El hospital, el establecimiento de nacimiento y el Departamento de Salud no serán responsables de realizar esta solicitud en su nombre.				

Madre/Padre (persona que da a luz)

3. ¿Cuál es su nombre legal actual?	Nombre de la madre/progenitor	Segundo nombre de la madre/progenitor	Apellido legal de la madre/progenitor	Sufijo
4. ¿Cuál es su apellido de soltera? Apellido antes del primer matrimonio	<input checked="" type="checkbox"/> Mi apellido de soltera es mi actual apellido legal			
	Nombre de la madre/progenitor	Segundo nombre de la madre/progenitor	Apellido legal de la madre/progenitor	Sufijo
5-7. ¿Cuál es su fecha de nacimiento, edad actual y sexo?	Fecha de nacimiento de la madre <small>Mes ____ / Día ____ / Año ____</small>	Edad actual ____	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> X	
8. ¿Cuál es su Número del Seguro Social?	SSN de la madre/progenitor	<input type="checkbox"/> No tengo un SSN	El SSN del padre/progenitor se solicitará en la sección de información correspondiente al padre/progenitor, si aplica.	
	Su firma a continuación indica que la información relativa al número del Seguro Social en este formulario es correcta.			Firma de la madre/progenitor
				Fecha <small>Mes ____ / Día ____ / Año ____</small>

Lugar de nacimiento de la madre/progenitor

9. ¿Dónde nació?	Ciudad	Estado (si no es en los EE. UU., indicar país)	País
10. Si usted nació fuera de los EE. UU., ¿cuánto tiempo ha vivido en los EE. UU.?	Años que vivió en los EE. UU. <small>O Si es menos de un año:</small>	Meses que vivió en los EE. UU. <small>— —</small>	

Domicilio de la madre/progenitor

11. ¿Dónde vive usted generalmente? ¿Dónde se encuentra físicamente su hogar? Si no se encuentra en los Estados Unidos, indique la dirección, ciudad y país.	Domicilio (no ingrese un apartado postal ni la expresión "A cargo de" (c/o))	N.º de apto.	Si es la Ciudad de Nueva York, Condado (distrito) <input type="checkbox"/> Nueva York (Manhattan) <input type="checkbox"/> Bronx <input type="checkbox"/> Kings (Brooklyn) <input type="checkbox"/> Queens <input type="checkbox"/> Richmond (Staten Island)
	Ciudad	Estado	Código Postal
	¿Vive dentro de los límites de la ciudad especificados anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fuera de la Ciudad de Nueva York (especifique el Condado):		
12. ¿Cuál es su domicilio postal? Aquí es donde se enviará por correo el certificado de nacimiento. La primera copia del certificado de nacimiento es gratuita.	<input type="checkbox"/> Igual al de mi residencia habitual anterior <input type="checkbox"/> No tengo domicilio postal (Si no se proporciona un domicilio postal, no se enviará el certificado por correo; deberá retirarlo personalmente en el Departamento de Salud)		
	Si el domicilio postal está a nombre de otra persona o institución (c/o), indíquelo aquí: A cargo de (otra persona u organización/agencia)		
	Domicilio (no se permite apartado postal en una dirección de correo de la Ciudad de Nueva York) N.º de apto.		
13. ¿Cuáles son sus números de teléfono?	Ciudad	Estado	Código Postal
	Día	Noche	
	(_____) _____ - _____ Ext. _____ (_____) _____ - _____		

Atributos de la madre/progenitor

<p>14. Educación: ¿Cuál fue el nivel educativo más alto que completó al momento del nacimiento de su bebé? Marque (K) solo una casilla</p> <p>15. ¿Estaba usted empleada durante el embarazo?</p> <p>16. ¿Cuál es su ocupación o empleo actual (o más reciente)?</p> <p>17. ¿En qué industria desempeñó esta ocupación/empleo? No proporcione el nombre del negocio, sino el tipo de negocio.</p> <p>18. ¿Cuál es su ascendencia? Marque (K) una casilla y especifique con cuál de las siguientes opciones te identificas principalmente.</p> <p>19. ¿Cuál es su raza? La raza se define según el Censo de los Estados Unidos. Hispano o latino no se considera una raza según dicho censo. Si tiene ascendencia hispana, por favor utilice la Pregunta 18. Marque (K) todas las opciones que correspondan y especifique donde se indique.</p>	<p><input type="checkbox"/> 8.º grado o menos; ninguno <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma Graduado de escuela secundaria o equivalente (GED) <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios, pero sin título</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Ocupación (por ejemplo: cajero/a, empleado/a bancario/a, enfermero/a, abogado/a, etc.)</p> <p>Industria (por ejemplo, gastronomía, banca, atención médica, ámbito legal, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano/latino (por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, cubano, dominicano, etc.) Especifique: _____</p> <p><input type="checkbox"/> No hispano/latino (por ejemplo, italiana, afroamericana, haitiana, pakistaní, ucraniana, nigeriana, taiwanesa, etc.) Especifique: _____</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Blanco</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Filipino</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> <td><input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro</td> </tr> <tr> <td>Indígena americano o nativo de Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> <td><input type="checkbox"/> Samoano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> (indique el nombre de la tribu inscrita o principal)</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> <td><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (especifique) _____</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro Asiático (especifique) _____</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indio asiático</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chino</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo	<input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro	Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano	<input type="checkbox"/> (indique el nombre de la tribu inscrita o principal)	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (especifique) _____		<input type="checkbox"/> Otro Asiático (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Indio asiático			<input type="checkbox"/> Chino		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Hawaiano nativo																				
<input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro																				
Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Samoano																				
<input type="checkbox"/> (indique el nombre de la tribu inscrita o principal)	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (especifique) _____																				
	<input type="checkbox"/> Otro Asiático (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____																				
<input type="checkbox"/> Indio asiático																						
<input type="checkbox"/> Chino																						

Salud de la madre/progenitor

20. ¿Participó usted en el programa WIC durante este embarazo? (Programa especial de nutrición complementaria para mujeres, bebés y niños).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																					
	Estatura ____ Pies ____ Pulgadas	Peso antes del embarazo ____ libras																					
21. ¿Cuál es su estatura ? 22. ¿Cuál era su peso antes del embarazo ? 23. ¿Fumó cigarrillos durante los tres meses previos o durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, ¿cuál fue el promedio de cigarrillos por día o de paquetes por día que fumó durante los siguientes períodos? Responda a continuación Ingrese 0 si no fumó durante ninguno de estos períodos <table> <thead> <tr> <th>Período de tiempo</th> <th>Cantidad de cigarrillos por día</th> <th>O</th> <th>Cantidad de paquetes por día</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Tres meses antes del embarazo</td> <td>— —</td> <td></td> <td>— —</td> </tr> <tr> <td>Primer trimestre del embarazo</td> <td>— —</td> <td></td> <td>— —</td> </tr> <tr> <td>Segundo trimestre del embarazo</td> <td>— —</td> <td></td> <td>— —</td> </tr> <tr> <td>Tercer trimestre del embarazo</td> <td>— —</td> <td></td> <td>— —</td> </tr> </tbody> </table>			Período de tiempo	Cantidad de cigarrillos por día	O	Cantidad de paquetes por día	Tres meses antes del embarazo	— —		— —	Primer trimestre del embarazo	— —		— —	Segundo trimestre del embarazo	— —		— —	Tercer trimestre del embarazo	— —		— —
Período de tiempo	Cantidad de cigarrillos por día	O	Cantidad de paquetes por día																				
Tres meses antes del embarazo	— —		— —																				
Primer trimestre del embarazo	— —		— —																				
Segundo trimestre del embarazo	— —		— —																				
Tercer trimestre del embarazo	— —		— —																				
24. ¿Consumió alcohol durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No																					
25a. ¿Trabajó con una doula (asistente de parto capacitada) durante este embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No lo sé																				
25b. ¿Cuál era el nombre de la doula y de la organización (si corresponde)?	Nombre (nombre, apellido): _____ Organización: _____ <input type="checkbox"/> No lo sé																						
25c. ¿Estuvo la doula presente durante su trabajo de parto y/o el alumbramiento?	Marque (K) todas las que correspondan <table> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí, la doula brindó apoyo en persona</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sí, la doula brindó apoyo de manera virtual (por ejemplo, por teléfono, Zoom o FaceTime).</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Sí, la doula brindó apoyo en persona	<input type="checkbox"/> Sí, la doula brindó apoyo de manera virtual (por ejemplo, por teléfono, Zoom o FaceTime).	<input type="checkbox"/> No																	
<input type="checkbox"/> Sí, la doula brindó apoyo en persona																							
<input type="checkbox"/> Sí, la doula brindó apoyo de manera virtual (por ejemplo, por teléfono, Zoom o FaceTime).																							
<input type="checkbox"/> No																							

Las preguntas 26, 27, 28, 29 y 30 sobre Mejora de la Calidad (Quality Improvement, QI) son de carácter voluntario y son solicitadas por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York. Todas las respuestas relacionadas con la mejora de la calidad son confidenciales y se utilizan únicamente con fines de salud pública.

<p>26. (QI) ¿Recibió atención prenatal (atención médica durante este embarazo) antes de ser admitida para este parto?</p>	<p><input type="checkbox"/> No - Pase a la Pregunta 27 <input type="checkbox"/> Sí - Si la respuesta es Sí, responda lo siguiente: Durante alguna de sus visitas de atención prenatal, ¿un médico, enfermero/a u otro profesional de la salud habló con usted sobre alguno de los siguientes temas?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Cómo puede afectar a su bebé fumar durante el embarazo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b) Cómo puede afectar a su bebé el consumo de alcohol durante el embarazo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c) Cómo puede afectar a su bebé el consumo de drogas ilegales. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No d) Cuánto tiempo conviene esperar antes de tener otro bebé. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 	<p>e) Métodos anticonceptivos para usar después del embarazo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>f) Qué hacer si el trabajo de parto comienza antes de tiempo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>g) Cómo prevenir la infección por el VIH (el virus que causa el SIDA). <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>h) La violencia física contra las mujeres por parte de sus esposos o parejas. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>27. (QI) Durante su embarazo actual, ¿cuántas veces por semana realizó ejercicio durante 30 minutos o más, aparte de sus actividades habituales?</p>	<p>_____ Veces a la semana</p>	
<p>28. (QI) ¿Tuvo algún problema en las encías en algún momento durante el embarazo (por ejemplo, encías inflamadas o que sangran)?</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>29. (QI) Durante su embarazo, usted diría que: Marque (K) solo una casilla</p>	<input type="checkbox"/> Para nada deprimida <input type="checkbox"/> Un poco deprimida <input type="checkbox"/> Moderadamente deprimida <input type="checkbox"/> Muy deprimida y no recibió ayuda <input type="checkbox"/> Muy deprimida y recibió ayuda	
<p>30. (QI) Pensando en el período justo antes de quedar embarazada, ¿cómo se sentía respecto a quedar embarazada? Marque (K) solo una casilla</p>	<input type="checkbox"/> Usted quería quedar embarazada antes <input type="checkbox"/> Usted quería quedar embarazada más adelante <input type="checkbox"/> Usted quería quedar embarazada en ese momento <input type="checkbox"/> Usted no quería quedar embarazada en ese momento ni en ningún momento en el futuro	

Si desea que el nombre del padre o la madre del menor figure en el certificado de nacimiento, debe proporcionar información exacta y completa, según se indica a continuación, y entregar el formulario completo al registrador de nacimientos del hospital.

Y

- 1) Si está casado/a, consulte con el hospital qué trámites son necesarios para que el nombre del otro progenitor figure como padre o madre legal de su hijo/a en el certificado de nacimiento; o
 - 2) Si está casado/a y existe más de una persona que podría ser el otro progenitor del menor, debe acudir al Tribunal de Familia para establecer la filiación; o
 - 3) Si no está casado/a y el menor no es objeto de un acuerdo de gestación subrogada, tanto usted como la persona presuntamente progenitora pueden firmar un formulario de reconocimiento de filiación en presencia de dos testigos que no sean familiares; o
 - 4) Si su situación no se encuentra contemplada en los puntos anteriores, comuníquese con el Registro de Nacimientos del hospital.

**Información del padre/progenitor para el registro de nacimiento
Debe ser completada por la madre/progenitor o el padre/progenitor**

Padre/Progenitor

31. ¿Cuál es el nombre del padre o progenitor de su bebé antes del primer matrimonio del padre o progenitor (nombre al nacer)? Escriba el nombre del padre o madre exactamente como desea que aparezca en el certificado. Para cambiar esta información en el futuro, deberá presentar una solicitud de corrección ante el Departamento de Salud.	Nombre del padre/progenitor	Segundos nombres del padre/progenitor	Apellido del padre/progenitor	Sufijo (Jr., III, etc.)
32-34. ¿Qué fecha de nacimiento, edad actual y sexo tiene del padre/progenitor? "X" significa un género que no es exclusivamente masculino ni femenino (es decir, una identidad de género no binaria)	Fecha de nacimiento del padre/	____ / ____ / ____ Mes Día Año	Edad actual ____ - ____	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> X
35. ¿Cuál es el número de Seguro Social del padre o del tutor? La provisión del número de Seguro Social (SSN) de los padres es un requisito establecido por la ley federal, conforme al Título 42 del Código de los Estados Unidos, sección 405(c) (sección 205 (c) de la Ley del Seguro Social). Los números se pondrán a disposición de la Oficina de Asistencia Temporal y para Personas con Discapacidad del Estado de Nueva York para colaborar con las actividades de aplicación de la ley de manutención infantil, y del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), a través de la Administración del Seguro Social, con el fin de determinar el cumplimiento de los requisitos del Crédito Fiscal por Ingresos del Trabajo.			SSN del padre/progenitor <input type="checkbox"/> El padre/progenitor no tiene un SSN ____ - ____ - ____ La firma de la madre/progenitor en la página anterior confirma que el SSN indicado arriba es correcto.	

Lugar de nacimiento del padre/progenitor

36. ¿Dónde nació el padre/progenitor?	Ciudad	Estado (si no es en los EE. UU., indicar) país	País
37. Si el padre/progenitor o tutor nació fuera de los EE. UU., ¿cuánto tiempo ha vivido en los EE. UU.?	Años que vivió en los EE. UU.	O Si es menos de un año:	Meses que vivió en los EE. UU.

Atributos del parente/progenitor

<p>38. Educación: ¿Cuál fue el nivel educativo más alto que completó el padre/progenitor al momento del nacimiento de su bebé? Marque (K) solo una casilla</p>	<p><input type="checkbox"/> 8.º grado o menos; ninguno <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma Graduado de escuela secundaria o equivalente (GED) <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios, pero sin título</p>	<p><input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS) <input type="checkbox"/> Título de licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Título de maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Título de doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>
<p>39. ¿Cuál es la ocupación o el empleo actual (o más reciente)?</p>	<p>Ocupación (por ejemplo: cajero/a, empleado/a bancario/a, enfermero/a, abogado/a, etc.)</p>	
<p>40. ¿En qué industria desempeñó esta ocupación/empleo? No proporcione el nombre del negocio, sino el tipo de negocio.</p>	<p>Industria (por ejemplo, gastronomía, banca, atención médica, ámbito legal, etc.)</p>	
<p>41. ¿Cuál es la ascendencia del padre/progenitor? Marca (K) solo una casilla y especifica con cuál opción el padre/progenitor se identifica principalmente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Hispano/latino (por ejemplo, mexicano, puertorriqueño, cubano, dominicano, etc.) Especifique: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> No hispano/latino (por ejemplo, italiana, afroamericana, haitiana, pakistaní, ucraniana, nigeriana, taiwanesa, etc.) Especifique: _____</p>
<p>42. ¿Cuál es la raza del padre/progenitor? La raza se define según el Censo de los Estados Unidos. Hispano o latino no se considera una raza según dicho censo. Si tiene ascendencia hispana/latina, por favor utilice la Pregunta 41. Marque (K) todas las opciones que correspondan y especifique donde se indique.</p>	<p><input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroestadounidense Indígena americano o nativo de Alaska (indique el nombre de la tribu inscrita o principal) _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro Asiático (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro Samoano <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>

Reconocimiento de Filiación

Firmar este formulario es voluntario. Este es un documento legal. Lea el formulario completo antes de firmarlo.

Para ayudarle a determinar si reúne los requisitos para firmar un Reconocimiento de Filiación, se ofrecen las siguientes definiciones:

- **Niño/a:** la persona cuya filiación debe establecerse.
- **Progenitor biológico:** el progenitor que dio a luz al menor.
- **Presunto progenitor:** la persona que podría ser el padre o la madre biológica del menor, pero que aún no ha sido legalmente declarada como tal.
- **Progenitor intencional:** la persona que tiene la intención de asumir legalmente la responsabilidad como padre o madre de un menor concebido mediante reproducción asistida.
- **Otro progenitor:** se refiere tanto al presunto progenitor como al progenitor intencional.
- **Registro de padres presuntos:** registro estatal donde se archivan los Reconocimientos de Filiación y los Reconocimientos de Filiación. La información contenida en este registro solo podrá divulgarse a un tribunal o a una agencia autorizada que la solicite, y no podrá ser entregada a ninguna otra persona salvo mediante una orden judicial que acredite causa justificada.
- **Donante de gametos:** el donante de esperma o de óvulos.

Antes de firmar el Reconocimiento de Filiación, el progenitor biológico y el otro progenitor deberán recibir una notificación oral y escrita sobre sus derechos y las consecuencias de firmar dicho documento. Un Reconocimiento de Filiación firmado voluntariamente por ambos progenitores tiene la misma fuerza y efecto legal que una orden judicial que determina la filiación legal del menor, y establece la obligación de ambos progenitores de brindar manutención al menor. Esto significa que, si el Reconocimiento de Filiación no es impugnado, no será necesario acudir a un tribunal ni a un procedimiento administrativo para determinar o confirmar la identidad del otro progenitor del menor.

Antes de firmar un Reconocimiento de Filiación, puede optar por consultar con un abogado. Tiene derecho a solicitar representación legal y servicios de apoyo, incluidos servicios de orientación, que le ayuden a decidir si debe o no firmar el Reconocimiento de Filiación.

¿Quién puede firmar?

Solo dos personas pueden firmar el Reconocimiento de Filiación para agregar al otro progenitor en el certificado de nacimiento.

Escenario N.º 1:

- Progenitor biológico no casado
y
- Progenitor presunto

Escenario N.º 2:

- Progenitor biológico casado o no casado
y
- Progenitor previsto/intencional

El menor podrá recibir cualquier apellido que los padres elijan. El nombre del menor no afectará su condición o estado legal.

NO firme un Reconocimiento de Filiación si:

- El progenitor biológico de un menor concebido de forma natural estaba casado en cualquier momento durante el embarazo o al momento del nacimiento del menor,
- El progenitor biológico no está casado y existe más de una persona que podría ser el otro progenitor,
- Un tribunal ha dictado una sentencia o resolución que determina la filiación del menor,
- Ya se ha firmado un Reconocimiento de Filiación válido para el menor,
- El menor es objeto de un acuerdo de gestación subrogada,
- El menor aún no ha nacido, o
- Ya figuran dos padres en el acta o certificado de nacimiento del menor.

NO firme un Reconocimiento de Filiación si, después de leer este aviso por escrito y recibir la notificación verbal, tiene alguna duda sobre la filiación del menor.

Cuando los padres firman un Reconocimiento de Filiación:

- Renuncian a su derecho a una audiencia judicial para determinar la filiación;
- Pueden establecer derechos de custodia y de visitas;
- Podrían ser requeridos para otorgar su consentimiento antes de que el menor pueda ser entregado en adopción;
- El derecho del menor a heredar de ambos padres **queda establecido** si el Reconocimiento de Filiación se presenta ante el registro civil del distrito donde se inscribió el certificado de nacimiento; y
- El derecho del menor a heredar de ambos padres **puede quedar establecido** si el Reconocimiento de Filiación se presenta únicamente ante el Registro de Presuntos Padres.

Si no se firma un Reconocimiento de Filiación por ambas partes:

- El otro progenitor no tendrá la obligación legal de mantener al menor y su nombre no podrá figurar en el certificado de nacimiento hasta que se haya realizado una audiencia para determinar la filiación. Si el tribunal determina que el otro progenitor es el padre o madre legal del menor, podrá emitir una orden de manutención retroactiva hasta la fecha de nacimiento del menor.
- Si se requiere una audiencia judicial porque ambos progenitores no firman el Reconocimiento de Filiación:
 - El otro progenitor podrá tener derecho a representación legal gratuita si no puede costear un abogado; y
 - Un presunto progenitor tiene derecho a realizarse una prueba genética o de ADN.
- Si el progenitor biológico solicita o recibe asistencia pública, el hecho de que se niegue a firmar el Reconocimiento de Filiación no podrá considerarse como una falta de cooperación para establecer la filiación del menor.

Un Reconocimiento de Filiación es nulo en el momento de su firma si:

- Una persona distinta de las que firman el Reconocimiento de Filiación es un progenitor presunto del menor en virtud de un matrimonio, conforme a la Ley de Relaciones Domésticas del Estado de Nueva York.
- El menor tiene un progenitor legalmente reconocido distinto de las partes que firman el Reconocimiento de Filiación, en virtud de un acuerdo de reproducción asistida.
- Un tribunal ya ha emitido una sentencia o una orden que determina la filiación del menor.
- Otra persona ha reconocido voluntariamente la filiación del menor.
- Una persona que firma el Reconocimiento de Filiación fue donante en un procedimiento de reproducción asistida y ya firmó una declaración indicando que la donación no tenía la intención de generar derechos y responsabilidades parentales.
- Una persona que firma el Reconocimiento de Filiación afirma tener derechos parentales en virtud de un acuerdo de reproducción asistida, pero un tribunal determina que el menor no fue concebido mediante reproducción asistida.

¿Dónde se presenta el Reconocimiento de Filiación? ¿Quién la presenta?

Si firmó el Reconocimiento de Filiación en un hospital o en una oficina del distrito de servicios sociales, el original del Reconocimiento de Filiación será presentado por usted ante el registro civil del distrito donde se archiva el certificado de nacimiento. Si NO firmó el Reconocimiento de Filiación en un hospital o en una oficina del distrito de servicios sociales, deberá enviar por correo o entregar personalmente el original del Reconocimiento de Filiación al registro civil del distrito donde se archiva el certificado de nacimiento.

- Para los nacimientos ocurridos **en la Ciudad de Nueva York**, envíe por correo o entregue personalmente el original del Reconocimiento de Filiación al registrador del Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York, Oficina de Registros Vitales, a la atención de: Corrections Unit Room 144, 125 Worth Street CN-4, New York, NY 10013-4089.
- Para los nacimientos ocurridos **fuera de la Ciudad de Nueva York**, envíe por correo o entregue personalmente el original del Reconocimiento de Filiación al registrador del distrito donde se haya archivado el certificado de nacimiento.

El registrador le enviará por correo una copia certificada del Reconocimiento de Filiación y archivará otra copia del mismo en el Registro de Padres Presuntos (*Putative Father Registry*).

Nota: si en el Reconocimiento de Filiación se incluye el nombre y la dirección de un donante de gametos de un menor concebido mediante reproducción asistida, el Departamento de Salud del Estado o el Departamento de Salud y Salud Mental de la Ciudad de Nueva York enviará una copia al donante identificado en el formulario, con los números de Seguro Social de los firmantes debidamente suprimidos.

¿Puede obtener un nuevo certificado de nacimiento después de firmar el formulario?

Sí. Si el Reconocimiento de Filiación no se firmó en el momento del nacimiento, se emitirá un nuevo certificado de nacimiento que incluirá el nombre de cada progenitor. Si cambió el apellido del menor al completar el Reconocimiento de Filiación, dicho cambio se reflejará en el nuevo certificado de nacimiento.

¿Tiene que pagar por un nuevo certificado de nacimiento?

Si su **hijo/a nació en un hospital fuera de la Ciudad de Nueva York** y usted firma el Reconocimiento de Filiación después de que se haya presentado el acta de nacimiento original, el Departamento de Salud del Estado de Nueva York emitirá una copia gratuita del acta de nacimiento enmendada, la cual será enviada por correo al progenitor biológico. Cualquier copia adicional del acta de nacimiento enmendada se entregará

previo pago de una tarifa.

Si su **hijo/a nació en un hospital dentro de la Ciudad de Nueva York** y usted firma el Reconocimiento de Filiación después de que se haya presentado el acta de nacimiento original, el Departamento de Salud y de Higiene Mental de la Ciudad de Nueva York emitirá una copia gratuita del acta de nacimiento enmendada al otro progenitor. Si el menor tiene menos de un año de edad, el progenitor biológico podrá cambiar el acta de nacimiento original sin costo alguno; después de cumplido el año, se aplicará un costo de reemplazo.

¿Se puede retirar la Reconocimiento de Filiación una vez firmado?

Sí. Cualquiera de los padres tiene derecho a presentar una petición ante el tribunal de familia para anular el Reconocimiento de Filiación. Sin embargo, dicha petición solo puede presentarse dentro de los siguientes plazos, que dependen de la edad del padre o la madre al momento de firmar el Reconocimiento de Filiación:

	El progenitor tiene 18 años o más al firmar el Reconocimiento de Filiación.	El progenitor tiene menos de 18 años al firmar el Reconocimiento de Filiación.
Lo que ocurre primero	Dentro de los 60 días posteriores a la fecha de firma del Reconocimiento de Filiación.	Dentro de los 60 días posteriores al cumpleaños número 18 de ese progenitor.
	La fecha en que se requiera presentar una respuesta a una petición en un procedimiento relacionado con el menor y en el cual dicho progenitor sea parte.	Dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que se requiera presentar una respuesta a una petición en un procedimiento relacionado con el menor y en el cual dicho progenitor sea parte, siempre que en dicho procedimiento se haya informado al progenitor sobre su derecho a presentar una petición para anular el reconocimiento.
Si los plazos han vencido	Cualquiera de los padres solo podrá impugnar el Reconocimiento de Filiación ante un tribunal si dicho reconocimiento se firmó sobre la base de fraude, coacción o error sustancial de hecho. La carga de la prueba recae en la parte que desea retirar el Reconocimiento de Filiación.	

Si la solicitud de anulación se presenta dentro del plazo correspondiente o, si se presenta una vez vencido dicho plazo, el padre, madre o persona reconocida como progenitor logra impugnar con éxito el Reconocimiento de Filiación ante el tribunal, este ordenará la realización de pruebas genéticas o de ADN para determinar la filiación del menor. Sin embargo, el tribunal no ordenará dichas pruebas si el Reconocimiento de Filiación fue firmado por la persona que tenía la intención de ser el padre o madre de un niño nacido mediante reproducción asistida, o si el tribunal determina que no es lo más conveniente para el bienestar del menor. Durante el proceso de impugnación del Reconocimiento de Filiación, no podrán suspenderse las obligaciones legales de ninguno de los progenitores, incluida la obligación de brindar manutención al menor, salvo que el tribunal determine que existen motivos justificados para hacerlo.

Si el tribunal determina, tras realizar una prueba de marcadores genéticos o una prueba de ADN, que la persona que firmó el Reconocimiento de Filiación es uno de los padres del menor, el tribunal deberá emitir una resolución de filiación y dictar una sentencia o auto que establezca dicha filiación. Si el tribunal determina que la persona que firmó el Reconocimiento de Filiación no es el padre o la madre del menor, el Reconocimiento de Filiación quedará anulado y el tribunal deberá proporcionar de inmediato una copia de la orden al registro civil correspondiente y al Registro de Supuestos Padres. En caso de que alguna de las partes reciba servicios de manutención infantil, se enviará también una copia al Departamento de Ejecución de Manutención Infantil.

RECONOCIMIENTO DE FILIACIÓN

(Escriba o complete en letra legible utilizando tinta negra).

Distrito registrado _____ Código del hospital _____ Número de registro _____

Marque el lugar donde se firmó: Hospital Oficina del Programa de Manutención Infantil Registrador de nacimientos Otro**Menor**

Nombre	Segundo nombre	Apellido
Género	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	
<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> No binario/Otro	____ / ____ / ____	
Lugar de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Condado o distrito de nacimiento

Si el certificado de nacimiento del menor ya fue registrado y desea cambiar el apellido del menor, complete la siguiente sección:

Apellido en el certificado de nacimiento original**Nuevo apellido**

Entendemos que firmar este Reconocimiento de Filiación es un acto voluntario y que establecerá la filiación de nuestro hijo/a con la misma validez y efecto que una Orden Judicial de Filiación dictada tras una audiencia en el tribunal, incluyendo la obligación de brindar manutención para nuestro hijo/a. No obstante, dicha validez y efecto en lo que respecta a los derechos de herencia solo se aplicarán si este Reconocimiento de Filiación se presenta ante el Registro Civil donde se haya archivado el certificado de nacimiento. Hemos recibido notificación escrita y oral sobre nuestros derechos legales (incluidos los plazos para retirar la firma), responsabilidades, alternativas y las consecuencias de firmar el Reconocimiento de Filiación, y comprendemos el contenido de dicha notificación. Se nos ha entregado una copia de la notificación escrita. Certificamos que la información que proporcionamos a continuación es verídica.

Progenitor biológico

Nombre	Segundo nombre	Apellido		
Domicilio	Piso/Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____	Número del Seguro Social ____ - ____ - ____	¿Estaba usted casado/a al momento del nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por la presente doy mi consentimiento para el Reconocimiento de Filiación de mi hijo/a mencionado/a anteriormente y declaro que la persona indicada a continuación es la única posible madre o padre genético, o bien es un progenitor intencional y que el menor fue concebido mediante reproducción asistida.

Firma**Fecha (MM/DD/AAAA)**

____ / ____ / ____

Sección para el testigo(Se requieren dos testigos;
los testigos no pueden
tener parentesco con
ninguno de los padres)**Firma del testigo****Firma del testigo****Nombre del testigo en imprenta****Fecha (MM/DD/AAAA)****Fecha (MM/DD/AAAA)****Otro progenitor**

Nombre	Segundo nombre	Apellido		
Domicilio	Piso/Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal
Ciudad de nacimiento	Estado/Provincia de nacimiento	País de nacimiento		
Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) ____ / ____ / ____	Número de Seguro Social ____ - ____ - ____	¿Es usted el padre biológico/genético del menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Por la presente reconozco que soy el progenitor biológico o previsto del menor mencionado anteriormente.

Firma**Fecha (MM/DD/AAAA)**

____ / ____ / ____

Sección para el testigo(Se requieren dos testigos;
los testigos no pueden
tener parentesco con
ninguno de los padres)**Firma del testigo****Firma del testigo****Nombre del testigo en imprenta****Fecha (MM/DD/AAAA)****Fecha (MM/DD/AAAA)****Solo para uso oficial**

El presente Reconocimiento de Filiación queda debidamente presentado ante el _____ registrador el día _____
 Si este documento tiene como fin enmendar un acta de nacimiento, certifico que he examinado el registro original que se busca corregir y que la información consignada en este documento coincide plenamente con dicho registro. No existen omisiones ni errores aparentes que lo hagan inaceptable para la corrección del acta de nacimiento. Por lo tanto, este documento queda aprobado.

Firma del Registrador Estatal/Registrador Municipal Adjunto**Fecha (MM/DD/AAAA)**

____ / ____ / ____

Progenitor biológico _____

Nombre

Domicilio

Piso/Apto. _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

El domicilio postal del **progenitor biológico**
debe escribirse aquí

Otro progenitor _____

Nombre

Domicilio

Piso/Apto. _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

El domicilio postal del **progenitor biológico**
debe escribirse aquí

Donante de gametos (*si corresponde*) _____

Nombre

Domicilio

Piso/Apto. _____ **Ciudad** _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

El domicilio postal del **progenitor biológico**
debe escribirse aquí