

Paquete del Certificado De nacimiento



¡Felicitaciones por su bebé!

Los coordinadores de certificados de nacimiento de Touro están aquí para ayudarle a presentar la documentación importante ante la Oficina del Registro Civil para recibir el acta de nacimiento y la tarjeta del Seguro Social de su bebé. **Un Coordinador de Actas de Nacimiento llamará al teléfono de su habitación o visitará su habitación para brindarle más información.**

Si no está casado y desea incluir al padre en el acta de nacimiento, complete la Hoja de Trabajo del Acta de Nacimiento y la Hoja de Trabajo de Reconocimiento de Paternidad (AOP). El formulario AOP es necesario para establecer la paternidad de padres solteros o para establecer la paternidad fuera del matrimonio. Ambos padres deberán firmar un formulario aparte, generado con la información que usted proporcione.

La documentación debe completarse antes del alta y entregarse a un Coordinador de Actas de Nacimiento o a una enfermera. **No se lleve las hojas de trabajo a casa.**



Oficina de certificados de nacimiento de Touro

Centro de Maternidad Familiar
Segundo piso del hospital principal - Habitación M270B

Lunes a Viernes

8 am–4 pm

504.897.7110 o marque 7110 desde el teléfono de una habitación del hospital

Email: TI-BirthCert@LCMChealth.org

Centro de Maternidad Familiar sitio web



Office of Vital Records

1450 Poydras St., Suite 400
New Orleans, LA 70112
504.593.5100

ldh.la.gov/index.cfm/subhome/21

Social Security Office

400 Poydras St., Suite 500
New Orleans, LA 70112
1.800.772.1213

ssa.gov

Louisiana Paternity Establishment Program

866.430.9569
la-paternity.com



Establecer la paternidad; ¡qué diferencia hace un padre!

Conozca más sobre cómo establecer la paternidad en Luisiana leyendo la información a continuación, hablando con su coordinador de certificados de nacimiento y visitando los siguientes sitios web.

Página web del Programa de Establecimiento de Paternidad de Luisiana:
la-paternity.com

**Departamento de Salud de Luisiana (LDH);
Registrador del Estado y Registro Civil:**
504.593.5100
ldh.la.gov/index.cfm/page/681

La Declaración jurada de Reconocimiento de paternidad (AOP) es un documento legal para establecer la paternidad del padre biológico del niño. Este formulario es necesario para establecer la paternidad de los padres no casados o que deseen establecerla de forma extramatrimonial. El coordinador de certificados de nacimiento del hospital puede ayudarle a presentar este formulario en la Oficina del Registro Civil del LDH sin costo alguno para usted (los costos de las pruebas genéticas son responsabilidad de los padres).

Si decide no completar el AOP en el hospital, puede presentar un Reconocimiento de paternidad directamente en la Oficina del Registro Civil y Estadísticas del Departamento de Salud de Luisiana. Se aplicará un cargo por la tramitación.

Si alguno de ustedes no está seguro de quién es el padre biológico de este niño, no debe firmar este formulario. Debe hacerse un examen genético.

Cualquier persona que firme un Reconocimiento de paternidad puede, sin motivo alguno, revocar su reconocimiento dentro de los 60 días siguientes a la ejecución (firma) del formulario. La persona debe completar una Declaración jurada de Revocación del reconocimiento de paternidad y presentarla al Registro Civil dentro del período de 60 días. Llame a la Oficina del Registro Civil al (504) 593-5122 o visite el sitio web ldh.la.gov/index.cfm/page/681

Reconocimiento de paternidad; hijo nacido fuera del matrimonio (padres no casados)

Esta Declaración jurada de Reconocimiento de paternidad se utiliza para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento de un niño si la madre no estaba casada al momento del nacimiento o dentro de un período de 300 días después del nacimiento.

- Complete las secciones I, II, III y IV (si el padre es menor de 18 años) del "Formulario de reconocimiento de paternidad".
- La madre, el padre y el tutor del padre (si es menor de 18 años) deben firmar el AOP y presentar un documento de identidad válido o pasaporte.

Reconocimiento de paternidad; hijo nacido del matrimonio (el padre biológico es diferente al esposo).

Esta Declaración jurada de Reconocimiento de paternidad se utiliza para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento de un niño si la madre estaba casada con alguien que no es el padre biológico al momento del nacimiento del niño o si no estaba divorciada al menos 300 días antes del nacimiento del bebé.

- Complete las secciones I, II, III y V del "Formulario de reconocimiento de paternidad".
- Este formulario requiere las firmas notariadas de la madre, el esposo/exesposo y el padre biológico.
- La madre, el padre y el esposo/exesposo deben firmar el AOP y presentar un documento de identidad válido o pasaporte.
- Para que este formulario sea aceptado, debe acompañarse de una prueba de paternidad basada en el ADN que identifique al padre con una probabilidad mínima del 99,9%, realizada por un laboratorio de pruebas de ADN. Esta debe ser una prueba de ADN legal y notariada. Póngase en contacto con los Servicios de Cumplimiento de la Manutención Infantil para conocer las ubicaciones de los laboratorios; 1.888.LAHELP.U (1.888.524.3578)

Si el padre es menor de 18 años.

Si el padre es menor de 18 años al momento del nacimiento del bebé, su tutor legal o padre con custodia también debe firmar la Declaración Jurada de AOP. Si los padres del padre menor no están divorciados, cualquiera de ellos puede firmar la Declaración Jurada de AOP.

- El padre menor de edad debe presentar una copia de su acta de nacimiento.
- El padre o tutor con custodia debe presentar una identificación válida.
- Se requerirá comprobante de tutela o custodia.



	BIRTH CERTIFICATE WORKSHEET (SPANISH) PAGE 1 OF 3	PATIENT INFORMATION PLACE PATIENT'S LABEL HERE
--	---	---

- Por favor, complete TODOS los espacios en blanco.
- Un coordinador de actas de nacimiento se reunirá con usted la mañana siguiente al nacimiento de su bebé. Por favor, complete la hoja de trabajo.
- La Oficina de Actas de Nacimiento está cerrada los fines de semana y festivos. **Si no podemos reunirnos con usted antes del alta, deje el paquete completo con la enfermera y nuestra oficina se pondrá en contacto con usted después del alta.**
- Tanto la madre como el padre deben presentar una identificación válida, licencia de conducir o pasaporte.
- Solo los padres solteros que deseen incluir al padre del bebé en el acta de nacimiento deben completar la "Hoja de Reconocimiento de Paternidad" (última página del paquete). El padre biológico debe estar presente para firmar documentos adicionales.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO			
Apellido(s) del niño:		Primer nombre del niño:	
Segundo nombre del niño:		Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año) ____/____/____	
Sexo del niño: ☐ Masculino ☐ Femenino			
Lugar de nacimiento del bebé: ☐ Touro ☐ En camino al hospital (en la ambulancia, etc.) ☐ Fuera del hospital (en casa, etc.)			
¿Quiere un número de Seguro Social para este niño? ☐ Sí ☐ No			
¿Desea inscribir a su niño en el sistema de recordatorio de vacunación? ☐ Sí ☐ No			
SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE			
Nombre legal ACTUAL de la madre:			
Apellido actual de la madre:		Primer nombre actual de la madre:	
Segundo nombre actual de la madre:			
Nombre de la madre ANTES del primer matrimonio (NOMBRE DE SOLTERA) ☐ Marque si es el mismo que el nombre legal actual			
Apellido de soltera de la madre:		Primer nombre de soltera de la madre:	
Segundo nombre de soltera de la madre:			
Fecha de nacimiento: (Mes/Día/Año) ____/____/____		Número del Seguro Social: ☐ La madre no tiene un n.º de Seguro Social Social ____ - ____ - ____	
Correo electrónico de la madre:		Número de teléfono celular de la madre: ()	Número de teléfono residencial de la madre: ()
Lugar de nacimiento de la madre: <i>(ubicación del hospital, en caso de haber nacido en un hospital)</i>			
País: _____ Estado/Departamento: _____ Ciudad: _____			
Residencia actual de la madre:			
Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____			
Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____			
Dirección de correo postal de la madre: ☐ Igual que la residencia actual			
Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____			
Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____			



SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE - CONTINUACIÓN

Información sobre el matrimonio/divorcio:

¿Ha estado la madre casada alguna vez (actualmente o anteriormente)?

☐ Si la respuesta es sí, ingrese la fecha de matrimonio: _____

☐ No. (Para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento, complete el "Formulario de reconocimiento de paternidad")

¿La madre está divorciada?

☐ Si la respuesta es sí, ingrese la fecha en que el divorcio fue legalmente finalizado: _____

☐ No

Si estaba casada al momento de la concepción (dentro de los 300 días anteriores al nacimiento del niño), ¿el padre biológico es alguien diferente del esposo/exesposo?

☐ Sí. (Para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento, complete el "Formulario de reconocimiento de paternidad")

☐ No

Nivel de educación de la madre:

Marque la casilla que mejor describa el título o nivel de educación más alto completado antes del parto:

- ☐ 8.º grado o menos
☐ 9.º a 12.º grado, sin diploma
☐ Graduada de la secundaria o GED
☐ Algunos créditos de la universidad, pero sin un título
☐ Asociado (p. ej., AA, AS)
☐ Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)
☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MED, MSW, MBA)
☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

¿Es la madre de origen hispano?

Marque la casilla que mejor describa si la madre es española/hispana/latina.

Marque la casilla que dice "No" si la madre no es española/hispana/latina:

- ☐ No, no es española/hispana/latina
☐ Sí, es mexicana, mexicana estadounidense, chicana
☐ Sí, es puertorriqueña
☐ Sí, es cubana
☐ Sí, es de otro origen español/hispano/latino
 Especifique: _____

La raza de la madre:

Marque una o más razas para indicar qué se considera la madre:

- ☐ Blanca
☐ Negra/afroamericana
☐ India estadounidense o nativa de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal)
☐ India asiática
☐ China
☐ Filipina
☐ Japonesa
☐ Coreana
☐ Vietnamita
☐ Otro origen asiático (especifique): _____
☐ Nativa de Hawái
☐ Guameña o chamorra
☐ Samoana
☐ Otra isleña del Pacífico (especifique) _____
☐ Otro (especifique) _____

SECCIÓN III. INFORMACIÓN MÉDICA DE LA MADRE

¿Recibió la madre **atención prenatal**?
(Atención médica por parte de un médico o una partera durante el embarazo)

☐ Sí ☐ No

Fecha de la **primera** visita de atención prenatal:

/ /

Fecha de la visita de atención prenatal **más reciente**:

/ /

Cantidad total de visitas prenatales:

Estatura de la madre: _____ pies
 _____ pulgadas

Peso de la madre **ANTES** del embarazo: _____ lb.

Peso de la madre **AL MOMENTO** del parto: _____ lb.

¿La madre amamantaba al recibir el alta? ☐ Sí ☐ No

¿Recibió la madre alimentos del programa WIC para sí misma durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

Número de nacimientos vivos anteriores:(SIN incluir a este niño)

Vivos ahora: _____

Muertos ahora: _____ (Nacidos vivos, actualmente fallecidos)

Fecha del último nacimiento vivo (mm/aaaa) ____ / ____

Cantidad de resultados de otros embarazos: (aborto espontáneo o inducido, mortinato, pérdida de embarazo o embarazo ectópico)

Cantidad de otros resultados: _____

Fecha del último resultado (mm/aaaa) ____ / ____

¿Fumaba cigarrillos antes o durante el embarazo? Para cada período, ingrese la cantidad de cigarrillos que fumaba por día. Si no fumaba, ingrese "0".

☐ Nunca fumó durante el embarazo

Tres meses antes del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____

Primer trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____

Segundo trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____

Tercer trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____

Todas las fuentes de pago para este parto:

- ☐ Medicaid
☐ Seguro privado
☐ Pago particular
☐ CHAMPUS/TRICARE
☐ Otro (especifique): _____

¿La madre bebió alcohol durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí, ¿número de bebidas por semana en promedio?

Fecha del inicio del último ciclo menstrual normal (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____



SECCIÓN IV. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/PROGENITOR

Nombre del padre/progenitor **ANTES** del primer matrimonio:

Apellido del padre/progenitor:

Primer nombre del padre/progenitor:

Segundo nombre del padre/progenitor:

Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año)

Sexo:

☐ Masculino

☐ Femenino

Número del Seguro Social:

☐ El padre/progenitor no tiene un n.º del Seguro Social

Correo electrónico del padre/progenitor:

Número de teléfono celular del padre/progenitor:

()

Lugar de nacimiento del padre/progenitor: (ubicación del hospital, en caso de haber nacido en un hospital)

País: Estado/Departamento: Ciudad:

Nivel de educación del padre/progenitor:

(marque la casilla que mejor describa el título o nivel de educación más alto alcanzado antes del parto)

- ☐ 8.º grado o menos
☐ 9.º a 12.º grado, sin diploma
☐ Graduado de la secundaria o GED
☐ Algunos créditos de la universidad, pero sin un título
☐ Asociado (p. ej., AA, AS)
☐ Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)
☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MED, MSW, MBA)
☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

¿Es el padre/progenitor de origen hispano?

(Marque la casilla que mejor describa si el padre/progenitor es español/hispano/latino. Marque la casilla que dice "No" si el padre/progenitor no es español/hispano/latino)

- ☐ No, no es español/hispano/latino
☐ Sí, es mexicano, mexicano estadounidense, chicano
☐ Sí, es puertorriqueño
☐ Sí, es cubano
☐ Sí, es de otro origen español/hispano/latino
 Especifique: _____

Raza del padre/progenitor:

(marque una o más razas para indicar qué se considera el padre/progenitor)

- ☐ Blanco
☐ Negro/afroamericano
☐ Indio estadounidense o nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal) _____
☐ Indio asiático
☐ Chino
☐ Filipino
☐ Japonés
☐ Coreano
☐ Vietnamita
☐ Otro origen asiático (especifique): _____
☐ Nativo de Hawái
☐ Guameño o chamorro
☐ Samoano
☐ Otro isleño del Pacífico (especifique) _____
☐ Otro (especifique) _____

NOTA: Los padres que no estén casados o que deseen establecer la paternidad de forma extramatrimonial también deben completar el **"Formulario de reconocimiento de paternidad"** por separado para establecer la paternidad del padre biológico.

Yo, quien suscribe, certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta de la persona que completa el formulario:

Relación con el niño:

☐ Madre ☐ Padre/progenitor ☐ Otro: _____

Firma de la madre o del padre/progenitor:

Fecha:

X



ACKNOWLEDGMENT OF PATERNITY WORKSHEET (SPANISH)

PATIENT INFORMATION

PLACE PATIENT'S LABEL HERE

PAGE 1 OF 1

NOTA: Los padres casados NO deben completar este formulario a menos que deseen establecer la paternidad fuera del matrimonio. Consulten la hoja informativa sobre cómo establecer la paternidad o hablen con un Coordinador de Actas de Nacimiento al (504) 897-7110 o ext. 7110 para obtener más información sobre cómo establecer la paternidad.

ESTA ES SOLO UNA HOJA DE TRABAJO. DEBERÁN REVISAR Y FIRMAR LOS DOCUMENTOS ADICIONALES QUE SE GENERE A PARTIR DE ESTA HOJA.

SECCION I. INFORMACIÓN DEL NIÑO (como aparece en el Formulario del certificado de nacimiento)

Apellido del niño:	Primer nombre del niño:
Segundo nombre del niño:	

SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

Nombre del empleador de la madre: ☐ Actualmente desempleada	Ocupación/cargo de la madre:	Número de teléfono de la madre: ()
Dirección del empleador de la madre: Dirección: _____ N.º de oficina _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
¿Tiene la madre seguro de salud privado? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:

SECCIÓN III. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE BIOLÓGICO

Dirección residencial del padre: Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
Nombre del empleador del padre: ☐ Actualmente desempleada	Ocupación/cargo del padre:	Número de teléfono de la madre: ()
Dirección del empleador del padre: Dirección: _____ N.º de oficina _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
¿Tiene el padre seguro de salud privado? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:

SECCIÓN IV. TUTOR DEL PADRE* (si el padre es menor de 18 años al momento del nacimiento del bebé)

Apellido del tutor del padre:	Primer nombre del tutor del padre:
Segundo nombre del tutor del padre:	
Dirección del tutor del padre: Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	

SECCIÓN V. ESPOSO/EXESPOSO (si la madre estaba casada al momento de la concepción [dentro de los 300 días posteriores a la misma])

Apellido del esposo/exesposo:	Primer nombre del esposo/exesposo:
Segundo nombre del esposo/exesposo:	
Dirección del esposo: Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	

ENCOUNTER LEVEL

BIRTH CERTIFICATE WORKSHEET

LC-TI9401-S | (06/19, 06/21, 12/22, 05/25) Revised



EL118