

POR FAVOR complete antes de que le den el alta y NO se lleve la hoja de trabajo a casa! Si lo hace, puede hacer que su bebé no se registre correctamente

El propósito de la hoja de trabajo del certificado de nacimiento es recopilar información solicitada por la División de Registros Vitales del Departamento de Salud Pública de Georgia. El certificado de nacimiento se utiliza por varias razones, entre ellas: establecer la identidad, fines fiscales, inscribirse en la escuela, obtener un seguro médico y solicitar una licencia de conducir.

Q: Qué pasa si no completo y presento la hoja de trabajo del certificado de nacimiento antes de que me den de alta?A: Sugerimos y alentamos encarecidamente a los padres a completar la hoja de trabajo antes del alta. Si la hoja de trabajo no se puede completar antes del alta, el especialista del registro civil hará tres (3) intentos de comunicarse con usted por teléfono y/o correo electrónico. Si el especialista no logra comunicarse con usted, el nacimiento de su bebé se registrará en el estado como incompleto. Su bebé será registrado como **Baby Boy o Baby Girl** con el apellido de la mamá (apellido legal) y como padres se les pedirá que completen el registrar a su bebé con el Estado y registrar a su hijo para obtener un número de seguro social. **Nota: La División de Registros Vitales del Departamento de Salud Pública exige que todos los bebés nacidos en el estado de Georgia se registren en el estado dentro de los 5 días calendario posteriores al nacimiento del bebé.**

Q: Recibiré un certificado de nacimiento del hospital? A: No, el hospital no proporciona copias certificadas de los certificados de nacimiento. El hospital le proporcionará una confirmación de nacimiento por correo postal y/o correo electrónico que usted puede utilizar para fines de seguro. Puede solicitar un certificado de nacimiento certificado en la oficina local de su condado, en la Oficina Estatal de Registros Vitales o en línea a través de un proveedor externo aprobado (ROVER o Vital Chek). Registros Vitales | Departamento de Salud Pública de Georgia Hay una tarifa de \$25 por copias certificadas de certificados de nacimiento.

Q: Cómo puedo solicitar un número de seguro social para mi hijo? A: Simplemente marcando "Sí" en la casilla de esta hoja de trabajo, usted autoriza al hospital a compartir información con la Administración del Seguro Social, lo que resulta en una tarjeta de seguro social para su bebé. Para hacer un seguimiento de la emisión de la tarjeta de su hijo, llame al 1-800-772-1213.

Q: Qué es el Reconocimiento de Paternidad? A: Según la ley de Georgia, un reconocimiento o determinación de paternidad establece la condición biológica de ser padre. Sin embargo, no establece una relación legal entre el padre y el niño que ofrezca derechos de custodia o visita. Para hacerlo, es imperativo que complete la legitimación en su tribunal local. El Reconocimiento de Paternidad es un documento que al ser firmado por ambos padres y notariado permite que el nombre del padre se incluya en el certificado de nacimiento, permiso para estar registrado con el apellido del padre, y el padre se agregará automáticamente al Registro de Padres Putativos de Georgia. **Nota: Como cortesía para nuestros pacientes, el personal de registros vitales brinda servicios notariales gratuitos a los padres de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 3:30 p.m. con cita previa.**

Q: Qué pasa si no puedo completar el Reconocimiento de paternidad antes de ser dado de alta? A: El servicio notarial en el hospital es una cortesía. El supervisor principal del Programa de Reconocimiento de Paternidad para el estado de Georgia es la División de Registros Vitales del Departamento de Salud Pública. Después del alta hospitalaria, los padres pueden:

Complete el formulario de Reconocimiento de Paternidad en un Departamento de Registros Vitales local, haga notarizar la firma y envíe el formulario por correo al Departamento de Registros Vitales: 1680 Phoenix Boulevard, Suite 100, Atlanta, GA 30349

Q: Cuáles son las identificaciones aceptables que puedo usar para completar un Reconocimiento de Paternidad?

- Una copia impresa de la licencia de conducir de Georgia o una tarjeta de identificación de no conductor (vigente o vencida por menos de un año) También se puede aceptar una licencia de conducir no vencida o una tarjeta de identificación de no conductor emitida por un territorio de los Estados Unidos, otro estado, Canadá o México. No se aceptan identificaciones en papel.
- Pasaporte de EE. UU. vigente
- Un pasaporte extranjero sellado por la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos
- Una tarjeta de identificación emitida por la Oficina de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (ejemplo: Tarjeta de Residente Permanente)
- Tarjeta de identificación con foto del empleador
- Tarjeta Consular vigente
- Tarjeta de identificación del Departamento Correccional
- Licencia de portación de armas del estado de Georgia
- Identificación de transporte
- Identificación de estudiante (debe ser del año actual con número de estudiante)
- Una tarjeta de identificación emitida por cualquier rama de las fuerzas armadas para el personal en servicio activo, jubilados o dependientes

Q: Cómo me comunico con alguien si tengo más preguntas? A: Puede llamar a su especialista en registros vitales en el hospital o enviarnos un correo electrónico a www.vitalrecords@piedmont.org si tiene alguna pregunta o inquietud.

Q: Cómo agrego a mi bebé a mi plan de seguro? A: Su bebé necesitará una confirmación de nacimiento para ser inscrito como nuevo miembro en su plan actual, la mayoría de los planes de salud tienen un plazo máximo de 30 días para agregar a su bebé. Por lo tanto, es imperativo completar la hoja de trabajo del parto lo antes posible después del parto de su bebé antes del alta. Proporcione un correo electrónico para evitar retrasos.

- Para comunicarse con el especialista en registros vitales del hospital donde se encuentra ingresado actualmente, llame. Puede consultar su ubicación para comprar el certificado de nacimiento en: www.dph.georgia.gov/location

Piedmont Athens Regional
(706)475-4148

Piedmont Eastside Medical
(770)736-2411

Piedmont Newnan Hospital
(770)400-4174

Piedmont Atlanta Hospital
(404)605-3604

Piedmont Fayette Hospital
(770)719-7048

Piedmont Newton Hospital
(770)385-4274

Piedmont Augusta Hospital
(706)774-2281

Piedmont Henry Hospital
(678)604-5073

Piedmont Rockdale Hospital
(770)918-3384

Piedmont Cartersville
Hospital
(470)490-2782

Piedmont Macon Medical
(478)751-0391

Piedmont Walton Hospital
(770)267-1885

Piedmont Columbus Regional
(706)660-2739

Piedmont Mountainside
Hospital
(478)751-0391



STATE OF GEORGIA BIRTH WORKSHEET (REVISED 01/2024)
(FORMULARIO DE REGISTRO DE NACIMIENTO DE GEORGIA)

La información que proporcione a continuación se utilizará para crear el certificado de nacimiento de su niño. El certificado de nacimiento es un documento legal que probará la edad, ciudadanía y paternidad de su niño. Su niño utilizará este documento durante toda su vida. Las leyes estatales ofrecen protección contra la divulgación no autorizada de información de identificación extraída del certificado de nacimiento para asegurar la confidencialidad de los padres y del niño. (Ver el Código oficial de Georgia anotado (O.C.G.A.) numeral 31-10 que se refiere a las leyes de Georgia que rigen los Registros vitales, específicamente O.C.G.A. numeral 31-10-9 referente al Registro de nacimientos.)

Es muy importante que responda cada una de las preguntas con información completa y detallada. Además de usar la información con fines legales, los investigadores médicos y de salud usan el certificado de nacimiento para estudiar y mejorar la salud de las madres y los niños recién nacidos. Los puntos sobre la educación y raza de los padres y si son o no fumadores se utilizarán en los estudios, aunque no aparecerán en las copias del certificado de nacimiento emitido a usted o su niño.

Toda la información de la madre se referirá a la mujer que dé a luz al niño. En los casos de maternidad subrogada o portadora gestacional, el nombre y los datos de identificación deben proceder de los padres intencionales y la información médica y demográfica debe ser la de la madre subrogada o la portadora gestacional, es decir, la mujer que dio a luz al niño. El personal del hospital introducirá la información del certificado de nacimiento conforme con la orden de paternidad emitida por el tribunal.

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA LEGIBLE Y CORRECTAMENTE EN TINTA AZUL O NEGRA.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL RECIÉN NACIDO [Section 1: NEWBORN INFORMATION]			
1. PLURALIDAD DE ESTE NACIMIENTO (ÚNICO, MELLIZOS, TRILLIZOS, ETC.) [SINGLE, TWIN, ETC.]		2. DE NO SER ÚNICO, ESPECIFIQUE EL ORDEN DE NACIMIENTO (1°, 2°, 3°, 4°, ETC.) [SPECIFY BIRTH ORDER (1 ST , 2 ND , 3 RD , 4 TH , ETC.)]	
3. NOMBRE DEL NIÑO: (PRIMER NOMBRE) [FIRST]	(SEGUNDO NOMBRE) [MIDDLE]	(APELLIDO)(S) [LAST]	(SUFIJO) [SUFFIX]
4. FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO) [DATE OF BIRTH]	5. HORA DE NACIMIENTO (A.M., P.M., HORARIO MILITAR) [TIME OF BIRTH]	6. SEXO DEL NIÑO (MASCULINO, FEMENINO, DESCONOCIDO, NO DETERMINADO AÚN) [CHILD'S SEX]	
7. EL (LOS) PADRE(S) AUTORIZA(N) LA DIVULGACIÓN DE ESTA INFORMACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL PARA EMITIR AL NIÑO EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL. [PARENTS REQUEST SSN] <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
8. NOMBRE DEL INFORMANTE (PRIMER NOMBRE) (PERSONA QUE PROPORCIONA LA INFORMACIÓN PARA ESTE FORMULARIO DE NACIMIENTO) [INFORMANT'S FIRST NAME]	(SEGUNDO NOMBRE) [MIDDLE]	(APELLIDO)(S) [LAST]	(SUFIJO) [SUFFIX]
9. RELACIÓN CON EL NIÑO [RELATION TO CHILD]			
Sección 2: INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN [SECTION 2: FACILITY INFORMATION]			
10. PLACE OF BIRTH TYPE (TIPO DE LUGAR DE NACIMIENTO) <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> CENTRO DE MATERNIDAD <input type="checkbox"/> EN CAMINO O NACIDO AL LLEGAR (BOA) <input type="checkbox"/> CLÍNICA O CONSULTORIO MÉDICO <small>[BIRTHING CENTER] [ENROUTE/BOA] [CLINIC/DOCTOR'S OFFICE]</small> <input type="checkbox"/> SALA DE EMERGENCIAS <input type="checkbox"/> PARTO EN CASA PREVISTO <input type="checkbox"/> PARTO EN CASA IMPREVISTO <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE) <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <small>[EMERGENCY ROOM] [HOME BIRTH-INTENDED] [HOME BIRTH-UNINTENDED] [OTHER-SPECIFY] [UNKNOWN]</small>			
11. ESPECIFIQUE EL LUGAR DE NACIMIENTO: NOMBRE DEL HOSPITAL O ESTABLECIMIENTO (SI NO ES UN HOSPITAL, PROPORCIONE EL NOMBRE DE LA CALLE Y EL NÚMERO) [SPECIFY BIRTHPLACE: HOSPITAL OR FACILITY NAME (IF NOT HOSPITAL, GIVE STREET NAME AND NUMBER)]			
12. CIUDAD, PUEBLO O UBICACIÓN DEL NACIMIENTO [CITY, TOWN]		13. CONDADO, ESTADO Y CÓDIGO POSTAL DEL NACIMIENTO [COUNTY, STATE OF BIRTH]	



STATE OF GEORGIA BIRTH WORKSHEET (REVISED 01/2024)
(FORMULARIO DE REGISTRO DE NACIMIENTO DE GEORGIA)

Sección 3: INFORMACIÓN DE LA MADRE (PROGENITOR UNO) [SECTION 3: MOTHER (PARENT ONE) INFORMATION]

14. NOMBRE: (PRIMER NOMBRE) [NAME (FIRST)]			(SEGUNDO NOMBRE) [MIDDLE]			APELLIDO(S) [LAST]		
15. NOMBRE DE SOLTERA: (PRIMER NOMBRE) [NAME PRIOR TO FIRST MARRIAGE: (FIRST)]			(SEGUNDO NOMBRE) [MIDDLE]			APELLIDO(S) [LAST]		
16. FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO) [DATE OF BIRTH]			17. LUGAR DE NACIMIENTO (UN ESTADO DENTRO DE ESTADOS UNIDOS O PAÍS) [BIRTHPLACE]			18. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL [SSN]		
19. ESTADO CIVIL [MARITAL STATUS]: ¿CASADA AL MOMENTO DE LA CONCEPCIÓN O AL MOMENTO DEL NACIMIENTO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN [MARRIED AT THE TIME OF BIRTH?] DE NO SER CASADA, ¿TIENE UNA ORDEN DE PATERNIDAD O LEGITIMACIÓN EMITIDA POR UN TRIBUNAL? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN [IF NOT MARRIED, HAS AN ORDER OF PATERNITY OR LEGITIMATION BEEN ISSUED BY A COURT?] ¿TANTO EL PADRE COMO LA MADRE HAN AUTORIZADO POR ESCRITO QUE APAREZCA EL APELLIDO DEL PADRE EN EL CERTIFICADO O AMBOS HAN FIRMADO UN RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN [HAVE BOTH MOTHER AND FATHER CONSENTED IN WRITING TO HAVE FATHER'S NAME ON THE CERTIFICATION OR HAVE THEY BOTH SIGNED A PATERNITY ACKNOWLEDGMENT?] 20. FECHA DE LA FIRMA DEL RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD O LEGITIMACIÓN (MES/DIA/AÑO) [DATE PATERNITY ACKNOWLEDGMENT OR LEGITIMATION SIGNED]								
21. CALLE Y NÚMERO DEL DOMICILIO [NUMBER AND STREET OF RESIDENCE]								
HA RESIDIDO EN LA DIRECCIÓN ACTUAL DURANTE _____ AÑOS _____ MESES [RESIDING AT CURRENT ADDRESS FOR] [YEARS] [MONTHS]								
22. CIUDAD, PUEBLO O UBICACIÓN [CITY, TOWN] DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD [INSIDE CITY LIMITS] <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN			23. ESTADO DE RESIDENCIA [RESIDENCE STATE]		24. CONDADO [COUNTY]		25. CÓDIGO POSTAL [ZIP CODE]	
26. DIRECCIÓN POSTAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, CONDADO) [MAILING ADDRESS (STREET, CITY, STATE, ZIP, COUNTY)]						<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN POSTAL IGUAL A LA ANTERIOR [MAILING ADDRESS SAME AS ABOVE]		
27. CORREO ELECTRÓNICO [EMAIL ADDRESS]								
28. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL: [PRIMARY PHONE NUMBER:] <input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO MOBILE LANDLINE OTHER					29. NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO: [SECONDARY PHONE NUMBER:] <input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO MOBILE LANDLINE OTHER			
30. NIVEL EDUCATIVO (ESCOJA ÚNICAMENTE UNA OPCIÓN QUE REPRESENTA EL MÁXIMO NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO) [EDUCATION LEVEL (CHOOSE ONLY ONE OPTION THAT REPRESENTS THE HIGHEST LEVEL OF EDUCATION ATTAINED)] <input type="checkbox"/> 8º GRADO O MENOS 8 TH GRADE OR LESS <input type="checkbox"/> 9º A 12º GRADO; SIN DIPLOMA 9 TH THROUGH 12 TH GRADE; NO DIPLOMA <input type="checkbox"/> GRADUADO DE SECUNDARIA O COMPLETÓ EL PROGRAMA DE GED HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED COMPLETED <input type="checkbox"/> ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS, SIN TÍTULO SOME COLLEGE CREDIT, BUT NO DEGREE <input type="checkbox"/> TÍTULO DE ASOCIADO ASSOCIATE DEGREE <input type="checkbox"/> LICENCIATURA BACHELOR'S DEGREE <input type="checkbox"/> MAESTRÍA MASTER'S DEGREE <input type="checkbox"/> DOCTORADO O TÍTULO PROFESIONAL DOCTORATE DEGREE OR PROFESSIONAL DEGREE <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO UNKNOWN								
31. IDIOMA PRIMARIO UTILIZADO EN CASA: [PRIMARY LANGUAGE SPOKEN AT HOME:]								



STATE OF GEORGIA BIRTH WORKSHEET (REVISED 01/2024)
(FORMULARIO DE REGISTRO DE NACIMIENTO DE GEORGIA)

32. EMPLEADA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO [EMPLOYED DURING THE LAST YEAR] <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN																															
33. OCUPACIÓN [OCCUPATION]		34. TIPO DE EMPRESA O INDUSTRIA [KIND OF BUSINESS OR INDUSTRY]																													
35. NOMBRE DEL EMPLEADOR [EMPLOYER'S NAME]																															
36. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR [EMPLOYER'S ADDRESS]																															
37. GRUPO ÉTNICO [ETHNICITY] <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> NO, NO ES ESPAÑOLA, HISPANA O LATINA <small>NO, NOT SPANISH/HISPANIC</small></td> <td><input type="checkbox"/> SÍ, CUBANA <small>YES, CUBAN</small></td> <td><input type="checkbox"/> SÍ, PUERTORRIQUEÑA <small>YES, PUERTO RICAN</small></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> SÍ, MEXICANA, MEXICANA AMERICANA, CHICANA <small>YES, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, CHICANO</small></td> <td><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER <small>REFUSED</small></td> <td><input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <small>UNKNOWN</small></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> SÍ, OTRO ORIGEN HISPANO (ESPECIFIQUE)/ YES, OTHER HISPANIC (SPECIFY) _____ </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> NO, NO ES ESPAÑOLA, HISPANA O LATINA <small>NO, NOT SPANISH/HISPANIC</small>	<input type="checkbox"/> SÍ, CUBANA <small>YES, CUBAN</small>	<input type="checkbox"/> SÍ, PUERTORRIQUEÑA <small>YES, PUERTO RICAN</small>	<input type="checkbox"/> SÍ, MEXICANA, MEXICANA AMERICANA, CHICANA <small>YES, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, CHICANO</small>	<input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER <small>REFUSED</small>	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <small>UNKNOWN</small>	<input type="checkbox"/> SÍ, OTRO ORIGEN HISPANO (ESPECIFIQUE)/ YES, OTHER HISPANIC (SPECIFY) _____																					
<input type="checkbox"/> NO, NO ES ESPAÑOLA, HISPANA O LATINA <small>NO, NOT SPANISH/HISPANIC</small>	<input type="checkbox"/> SÍ, CUBANA <small>YES, CUBAN</small>	<input type="checkbox"/> SÍ, PUERTORRIQUEÑA <small>YES, PUERTO RICAN</small>																													
<input type="checkbox"/> SÍ, MEXICANA, MEXICANA AMERICANA, CHICANA <small>YES, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, CHICANO</small>	<input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER <small>REFUSED</small>	<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <small>UNKNOWN</small>																													
<input type="checkbox"/> SÍ, OTRO ORIGEN HISPANO (ESPECIFIQUE)/ YES, OTHER HISPANIC (SPECIFY) _____																															
38. RAZA (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) [RACE (ALL THAT APPLY)] <table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> BLANCA/WHITE</td> <td><input type="checkbox"/> CHINA</td> <td><input type="checkbox"/> COREANA/KOREAN</td> <td><input type="checkbox"/> GUAMANÉS O CHAMORRA/ <small>GUAMANIAN OR CHAMORRO</small></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> NEGRA O AFROAMERICANA</td> <td><input type="checkbox"/> FILIPINA</td> <td><input type="checkbox"/> VIETNAMITA</td> <td><input type="checkbox"/> SAMOANA</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ASIÁTICA INDIA/ASIAN INDIAN</td> <td><input type="checkbox"/> JAPONESA</td> <td><input type="checkbox"/> NATIVA HAWAIANA</td> <td><input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER/REFUSED</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> ISLEÑA DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO (ESPECIFIQUE) _____ <small>OTHER PACIFIC ISLANDER (SPECIFY)</small> </td> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA ESPECIFIQUE LA TRIBU INSCRITA O PRINCIPAL) _____ <small>AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE (SPECIFY ENROLLED OR PRINCIPAL TRIBE)</small> </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> OTRA ASIÁTICA (ESPECIFIQUE)/OTHER ASIAN (SPECIFY) _____ </td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)/OTHER SPECIFY _____ </td> </tr> </table>				<input type="checkbox"/> BLANCA/WHITE	<input type="checkbox"/> CHINA	<input type="checkbox"/> COREANA/KOREAN	<input type="checkbox"/> GUAMANÉS O CHAMORRA/ <small>GUAMANIAN OR CHAMORRO</small>	<input type="checkbox"/> NEGRA O AFROAMERICANA	<input type="checkbox"/> FILIPINA	<input type="checkbox"/> VIETNAMITA	<input type="checkbox"/> SAMOANA	<input type="checkbox"/> ASIÁTICA INDIA/ASIAN INDIAN	<input type="checkbox"/> JAPONESA	<input type="checkbox"/> NATIVA HAWAIANA	<input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER/REFUSED	<input type="checkbox"/> ISLEÑA DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO (ESPECIFIQUE) _____ <small>OTHER PACIFIC ISLANDER (SPECIFY)</small>		<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN		<input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA ESPECIFIQUE LA TRIBU INSCRITA O PRINCIPAL) _____ <small>AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE (SPECIFY ENROLLED OR PRINCIPAL TRIBE)</small>				<input type="checkbox"/> OTRA ASIÁTICA (ESPECIFIQUE)/OTHER ASIAN (SPECIFY) _____				<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)/OTHER SPECIFY _____			
<input type="checkbox"/> BLANCA/WHITE	<input type="checkbox"/> CHINA	<input type="checkbox"/> COREANA/KOREAN	<input type="checkbox"/> GUAMANÉS O CHAMORRA/ <small>GUAMANIAN OR CHAMORRO</small>																												
<input type="checkbox"/> NEGRA O AFROAMERICANA	<input type="checkbox"/> FILIPINA	<input type="checkbox"/> VIETNAMITA	<input type="checkbox"/> SAMOANA																												
<input type="checkbox"/> ASIÁTICA INDIA/ASIAN INDIAN	<input type="checkbox"/> JAPONESA	<input type="checkbox"/> NATIVA HAWAIANA	<input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER/REFUSED																												
<input type="checkbox"/> ISLEÑA DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO (ESPECIFIQUE) _____ <small>OTHER PACIFIC ISLANDER (SPECIFY)</small>		<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN																													
<input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA ESPECIFIQUE LA TRIBU INSCRITA O PRINCIPAL) _____ <small>AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE (SPECIFY ENROLLED OR PRINCIPAL TRIBE)</small>																															
<input type="checkbox"/> OTRA ASIÁTICA (ESPECIFIQUE)/OTHER ASIAN (SPECIFY) _____																															
<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)/OTHER SPECIFY _____																															
Sección 4: INFORMACIÓN DEL PADRE (PROGENITOR DOS) [FATHER (SECOND PARENT) INFORMATION]																															
39. NOMBRE: (PRIMER NOMBRE) <small>[FIRST]</small>	(SEGUNDO NOMBRE) <small>[MIDDLE]</small>	APELLIDO (S) <small>[LAST]</small>	(SUFIJO) <small>[SUFFIX]</small>																												
40. FECHA DE NACIMIENTO (MES/DIA/AÑO) <small>[DATE OF BIRTH]</small>	41. LUGAR DE NACIMIENTO (UN ESTADO DENTRO DE ESTADOS UNIDOS O PAÍS) <small>[BIRTHPLACE (STATE IN US OR COUNTRY)]</small>	42. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE [SSN]																													
43. CALLE Y NÚMERO DEL DOMICILIO [NUMBER AND STREET OR RESIDENCE]		<input type="checkbox"/> LA DIRECCIÓN ES IGUAL A LA DE LA MADRE/ADDRESS SAME AS MOTHER'S RESIDENCE																													
44. CIUDAD, PUEBLO O UBICACIÓN [CITY, TOWN] DENTRO DE LOS LÍMITES DE LA CIUDAD <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN	45. ESTADO DE RESIDENCIA <small>[RESIDENCE STATE]</small>	46. CONDADO [COUNTY]	47. CÓDIGO POSTAL <small>[ZIP CODE]</small>																												
48. DIRECCIÓN POSTAL (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL, CONDADO) <small>[MAILING ADDRESS (STREET, CITY, ZIP, COUNTY)]</small>		<input type="checkbox"/> DIRECCIÓN POSTAL IGUAL A LA ANTERIOR <small>[MAILING ADDRESS SAME AS ABOVE]</small>																													



STATE OF GEORGIA BIRTH WORKSHEET (REVISED 01/2024)
(FORMULARIO DE REGISTRO DE NACIMIENTO DE GEORGIA)

49. CORREO ELECTRÓNICO/E-MAIL ADDRESS			
50. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL: [PRIMARY PHONE NUMBER:]		51. NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO: [SECONDARY PHONE NUMBER:]	
<input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <small>MOBILE LANDLINE OTHER</small>		<input type="checkbox"/> MÓVIL <input type="checkbox"/> FIJO <input type="checkbox"/> OTRO <small>MOBILE LANDLINE OTHER</small>	
52. NIVEL EDUCATIVO (ESCOJA ÚNICAMENTE UNA OPCIÓN QUE REPRESENTA EL MÁXIMO NIVEL DE EDUCACIÓN ALCANZADO) [EDUCATION LEVEL (CHOOSE ONLY ONE OPTION THAT REPRESENTS THE HIGHEST LEVEL OF EDUCATION ATTAINED)]			
<input type="checkbox"/> 8° GRADO O MENOS/8 TH GRADE OR LESS <input type="checkbox"/> 9° A 12° GRADO; SIN DIPLOMA/9 TH THROUGH 12 TH GRADE; NO DIPLOMA <input type="checkbox"/> GRADUADO DE SECUNDARIA O COMPLETÓ EL PROGRAMA DE GED/ HIGH SCHOOL GRADUATE OR GED COMPLETED <input type="checkbox"/> ALGUNOS CRÉDITOS UNIVERSITARIOS, SIN TÍTULO/ SOME COLLEGE CREDIT, BUT NO DEGREE <input type="checkbox"/> TÍTULO DE ASOCIADO/ ASSOCIATE DEGREE <input type="checkbox"/> LICENCIATURA/ BACHELOR'S <input type="checkbox"/> MAESTRÍA/ MASTER'S <input type="checkbox"/> DOCTORADO O TÍTULO PROFESIONAL/ DOCTORATE DEGREE OR PROFESSIONAL DEGREE <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN			
53. OCUPACIÓN [OCCUPATION]		54. TIPO DE EMPRESA O INDUSTRIA [KIND OF BUSINESS OR INDUSTRY]	
55. EMPLEADA DURANTE EL ÚLTIMO AÑO [EMPLOYED DURING THE LAST YEAR] <input type="checkbox"/> SÍ/YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN			
56. NOMBRE DEL EMPLEADOR [EMPLOYER'S NAME]			
57. DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR [EMPLOYER'S ADDRESS]			
58. GRUPO ÉTNICO [ETHNICITY]			
<input type="checkbox"/> NO, NO ES ESPAÑOLA, HISPANA O LATINA <small>NO, NOT SPANISH/HISPANIC</small>			
<input type="checkbox"/> SÍ, MEXICANA, MEXICANA AMERICANA, CHICANA <small>YES, MEXICAN, MEXICAN AMERICAN, CHICANO</small>		<input type="checkbox"/> SÍ, CUBANA <small>YES, CUBAN</small>	
<input type="checkbox"/> SÍ, OTRO ORIGEN HISPANO (ESPECIFIQUE)/ YES, OTHER HISPANIC (SPECIFY) _____		<input type="checkbox"/> SÍ, PUERTORRIQUEÑA <small>YES, PUERTO RICAN</small>	
<input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER <small>REFUSED</small>		<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO <small>UNKNOWN</small>	
59. RAZA (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN) [RACE (ALL THAT APPLY)]			
<input type="checkbox"/> BLANCA/WHITE <input type="checkbox"/> CHINA <input type="checkbox"/> COREANA/KOREAN <input type="checkbox"/> GUAMANÉS O CHAMORRA/ <small>GUAMANIAN OR CHAMORRO</small>		<input type="checkbox"/> SAMOANA	
<input type="checkbox"/> NEGRA O AFROAMERICANA <input type="checkbox"/> FILIPINA <input type="checkbox"/> VIETNAMITA		<input type="checkbox"/> SE NIEGA A RESPONDER/REFUSED	
<input type="checkbox"/> ASIÁTICA INDIA/ASIAN INDIAN <input type="checkbox"/> JAPONESA <input type="checkbox"/> NATIVA HAWAIANA		<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN	
<input type="checkbox"/> ISLEÑA DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO (ESPECIFIQUE) _____ <small>OTHER PACIFIC ISLANDER (SPECIFY)</small>			
<input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANA O NATIVA DE ALASKA ESPECIFIQUE LA TRIBU INSCRITA O PRINCIPAL) _____ <small>AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE (SPECIFY ENROLLED OR PRINCIPAL TRIBE)</small>			
<input type="checkbox"/> OTRA ASIÁTICA (ESPECIFIQUE)/OTHER ASIAN (SPECIFY) _____			
<input type="checkbox"/> OTRO (ESPECIFIQUE)/OTHER SPECIFY _____			



STATE OF GEORGIA BIRTH WORKSHEET (REVISED 01/2024)
(FORMULARIO DE REGISTRO DE NACIMIENTO DE GEORGIA)

Sección 5: INFORMACIÓN MÉDICA DE LA MADRE (PROGENITOR UNO) [SECTION 5: MOTHER (PARENT ONE) MEDICAL]			
60. HISTORIA MÉDICA #/MEDICAL RECORD #			
61. PESO ANTES DEL EMBARAZO:/PRE-PREGNANCY WEIGHT: _____ LBS <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN		62. PESO AL MOMENTO DEL PARTO/WEIGHT AT DELIVERY _____ LBS <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN	
63. TALLA/HEIGHT _____ PIES _____ PULGADAS <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO FEET INCHES UNKNOWN		64. ¿LA MADRE RECIBIÓ EL PROGRAMA DE SUPLEMENTO NUTRICIONAL PARA MUJERES, INFANTES Y NIÑOS (WIC) DURANTE EL EMBARAZO? [DID MOTHER RECEIVE WIC DURING THIS PREGNANCY] <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN	
65. ¿LA MADRE INGERIÓ ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO? [DID MOTHER USE ALCOHOL DURING PREGNANCY?] <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN		66. DE RESPONDER SÍ, ¿CUÁNTOS TRAGOS A LA SEMANA? [IF YES, HOW MANY DRINKS PER WEEK?]	
67. ¿LA MADRE FUMÓ CIGARRILLOS ANTES O DURANTE ESTE EMBARAZO? SE REFIERE A PRODUCTOS DE TABACO SOLAMENTE, NO A CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS. [DID MOTHER SMOKE CIGARETTES BEFORE OR DURING THIS PREGNANCY? REFERS TO TOBACCO PRODUCTS ONLY, NOT E-CIGARETTES.] <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> DESCONOCIDO/UNKNOWN			
# DE CIGARRILLOS _____ O # DE CAJETILLAS _____		TRES MESES ANTES DEL EMBARAZO	
[#OF CIGARETTES] [OR NUMBER OF PACKS]		[THREE MONTHS BEFORE PREGNANCY]	
# DE CIGARRILLOS _____ O # DE CAJETILLAS _____		DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE	
# DE CIGARRILLOS _____ O # DE CAJETILLAS _____		DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE	
# DE CIGARRILLOS _____ O # DE CAJETILLAS _____		DURANTE EL TERCER TRIMESTRE	
Sección 6: FIRMA DE LOS PADRES [SECTION 6: PARENT SIGNATURE]			
68. DECLARACIÓN DEL PROGENITOR U OTRA PERSONA QUE FACILITE INFORMACIÓN PARA ESTE FORMULARIO [ATTESTATION FOR PARENT/INFORMANT]			
YO (ESCRIBA SU NOMBRE COMPLETO EN LETRA DE IMPRENTA), _____ [I (PRINT FULL NAME)]			
MEDIANTE EL PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES VERDADERA Y EXACTA. [HERBY ATTEST THAT THE INFORMATION PROVIDED IS TRUE AND ACCURATE.]			
69. FIRMA DEL PROGENITOR U OTRA PERSONA QUE FACILITE LA INFORMACIÓN [PARENT/INFORMANT]			
_____		_____	
FIRMA [SIGNATURE]		FECHA [DATE]	