

## EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE SU BEBÉ Lo que debe saber

¡Felicitaciones! Está a punto de nombrar a su bebé y brindar información para el certificado de nacimiento. Además de nombrar a su bebé, es importante que sepa cuán importante es la demás información necesaria en el certificado de nacimiento.

El certificado de nacimiento es un documento jurídico que verificará la identidad, edad, los padres y la ciudadanía estadounidense de su bebé. Su bebé utilizará este documento a lo largo de su vida. Por ejemplo, el certificado de nacimiento será necesario para que su bebé ingrese a la escuela, participe en deportes, solicite una licencia de manejo y obtenga un pasaporte. Por estos motivos, es de suma importancia que la información que proporcione ahora sobre su bebé, sobre usted y sobre el padre del bebé *esté completa y sea precisa*.

Los certificados de nacimiento cumplen otros propósitos. La información médica que proporcione en este paquete se estudiará para determinar las mejores formas de mantener la salud de las madres embarazadas y de los recién nacidos. Por ejemplo, según información recopilada, fumar durante el embarazo puede ocasionar que los bebés pesen menos, y tomar ácido fólico durante el embarazo puede reducir los posibles defectos al nacer. La información del certificado de nacimiento se usa para calcular el número de nacimientos anuales en los Estados Unidos. La información adicional que se proporciona se utiliza en programas de salud para identificar la necesidad de servicios para la madre y el bebé. Factores tales como la educación y raza de los padres, así como el tabaquismo, se usará en estudios pero no aparecerá en copias del certificado de nacimiento emitido para usted o para su bebé.

Las leyes estatales protegen contra la divulgación no autorizada de información identificatoria a partir de los certificados de nacimiento, con el fin de garantizar la confidencialidad de los padres y su bebé. El Centro de Registros y Estadísticas de LEER registrará el certificado de nacimiento de su bebé y será responsable de mantener seguro y privado todo certificado de nacimiento. Emitirán copias certificadas del certificado de nacimiento *solo* a quienes estén autorizados legalmente para solicitarlos, y se asegurarán de que la información utilizada en investigaciones no incluya información personal de usted, su bebé o del padre de su bebé.

También puede ayudar a mantener seguro el certificado de nacimiento de su bebé siguiendo estas sencillas reglas:

- Nunca firme una hoja de trabajo de certificado de nacimiento en blanco.
- Revise siempre la información que proporcionó para asegurarse de que esté *completa y sea precisa* antes de firmar.
- Cuando reciba una copia oficial del certificado de nacimiento, revísela *inmediatamente* para asegurarse de que esté completa y sea correcta. **Cualquier corrección necesaria identificada antes de 90 días puede ser atendida en el hospital.** Si aún está en el plazo de 90 días, llame al Departamento de Certificados de Nacimiento en St. Tammany Health System al (985) 898-3712.
- Después de 90 días, si se identifica una corrección necesaria, la sección de registros vitales le cobrará una cuota. Quizá necesite ir al Centro de Registros y Estadísticas de Luisiana que se señala a continuación. Para ahorrarse tiempo, contáctelos antes de ir.
- Si no ha recibido el certificado de nacimiento en 3 meses, comuníquese con el Centro de Registros y Estadísticas que se señala a continuación.
- Asegúrese de que cualquier copia certificada que envíe por correo con fines oficiales (por ejemplo, al solicitar un pasaporte) le sea devuelta.
- Guarde las copias certificadas originales del certificado de nacimiento en un lugar seguro.
- Por ningún motivo proporcione el certificado de nacimiento original de su bebé a otra persona.
- Nunca modifique la información de una copia certificada de un certificado de nacimiento.

Si tiene preguntas sobre el certificado de nacimiento de su bebé, comuníquese con el Centro de Registros y Estadísticas que se señala a continuación. *Gracias por proporcionar esta importante información.*

**Centro de Recursos y Estadísticas**  
P. O. Box 60630, New Orleans, LA 70160  
Phone: (504) 593 - 5100  
Fax: (504) 568 - 8716  
Correo electrónico: [\\_dhh-vitalweb@la.gov](mailto:_dhh-vitalweb@la.gov)

**PLANILLA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

Información de la madre:

NOMBRE DEL NIÑO/A

ESCRIBA DE FORMA LEGIBLE

NO SE LA LLEVE A CASA

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo
¿Desea solicitar un número de seguro social para su hijo/a?*( (Marque una) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Le gustaría solicitar un recordatorio de vacunación para su hijo/a? (Marque una) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
_____ (Firma de la madre o el padre del/a niño/a)		_____ (Fecha)	
_____ (Firma de la madre o el padre del/a niño/a)		_____ (Fecha)	

**(NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE)**

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo
FECHA DE NACIMIENTO DE LA MADRE		LUGAR DE NACIMIENTO DE LA MADRE (PAÍS, ESTADO Y CIUDAD [DONDE SE ENCUENTRA EL HOSPITAL].	
____/____/____ (DD/MM/AA)		País	ESTADO/TERRITORIO/PROVINCIA
			CIUDAD

**APELLIDO DE SOLTERA DE LA MADRE (APELLIDO ANTES DEL MATRIMONIO)**

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo
----------	--------	----------------	--------

**RESIDENCIA DE LA MADRE**

Dirección	Ciudad/Estado	N.º de depto.	Código postal
Distrito/Condado	¿Dentro de los límites de la ciudad? ( <input type="checkbox"/> Sí ( ) NO ( ) Desconocido	(Dirección postal si es diferente de la residencia)	

**ESTADO CIVIL**

**N.º DE SEGURO SOCIAL DE**

**NÚMERO DE TELÉFONO**

¿La madre se ha casado alguna vez?  Sí  No  
 ¿La madre se casó en el nacimiento, la concepción o en cualquier momento intermedio?  Sí  No  
 En caso NEGATIVO, ¿se ha firmado el reconocimiento de paternidad en el hospital?  Sí  No

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

**NOTA: La siguiente información es obligatoria para fines estadísticos por el Estado de Louisiana.**

Altura de la madre: _____ Pies _____ Pulgadas Peso antes del embarazo _____ libras Peso en el parto _____ libras	Cantidad de nacimientos con vida anteriores (no incluya a este niño/a) N.º de niños que ahora viven _____ N.º de niños que ahora no viven _____ Fecha del último nacimiento con vida ____/____ (mm/aa)	Cantidad de otros resultados del embarazo (abortos naturales, abortos espontáneos o pérdidas inducidas, o embarazos ectópicos) (no incluya este) N.º de estos resultados _____ Fecha del último embarazo _____ Resultado _____ (mm/aa)	¿La madre recibió alimentos de WIC para sí misma durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido El bebé será alimentado con: Leche materna <input type="checkbox"/> Fórmula <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/>
--	--	---	--

Educación de la madre: marcar el nivel más alto completado en el momento del parto.  
 8.º grado o inferior  
 de 9.º a 12.º grado, sin diploma  
 Graduado de la escuela secundaria o GED completo  
 Algún crédito universitario, sin título  
 Tecnicatura superior (por ej., AS, AA)  
 Licenciatura (por ej. BS)  
 Maestría (por ej., MA/MS, M. Eng., Med, MSW, MBA)  
 Doctorado (por ej., Ph. D.) Ed. D., o un título profesional (MD, DDS, DVM, LLB, JD)  
 Desconocido

¿La madre es de origen hispano? (Marque la casilla que mejor describa si la madre es española/hispana/latina) (Marque la casilla "No" si la madre no es española/hispana/latina)  
 No, no es española/hispana/latina  
 Sí, es mexicana, mexicana estadounidense  
 Sí, es portorriqueña  
 Sí, es cubana  
 Sí, es de otra ascendencia española/hispana/latina (especifique)  
 Se desconoce si es hispana/española/latina

Raza de la madre: (Marque una o más razas para indicar de qué raza se considera a sí misma la madre)  
 Blanca  
 Negra o afroamericana  
 India americana o nativa de Alaska (nombre de la tribu principal inscrita): \_\_\_\_\_  
 India asiática  
 China  
 Filipina  
 Japonesa  
 Coreana  
 Vietnamita  
 Otras razas asiáticas (especifique) \_\_\_\_\_  
 Nativa de Hawái  
 Guameña o chamorro  
 Samoana  
 Otras razas Isleñas del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_  
 Otras (especifique) \_\_\_\_\_  
 Desconocida

¿Consumió alcohol durante el embarazo?  
 Sí  No  
**SEGURO:**  
 Medicaid  
 Privado  
 Autopago  
 Champus-Tricare  
 ¿Fumó cigarrillos antes y durante el embarazo? (Si no lo hizo, escriba "0") \_\_\_\_\_  
 N.º promedio de cigarrillos o paquetes fumados por día:  
 3 meses antes del embarazo  
 N.º de \_\_\_\_\_ cigarrillos O n.º de \_\_\_\_\_ paquetes  
 Primeros 3 meses de embarazo  
 N.º de \_\_\_\_\_ cigarrillos O n.º de \_\_\_\_\_ paquetes  
 Segundos 3 meses de embarazo  
 N.º de \_\_\_\_\_ cigarrillos O n.º de \_\_\_\_\_ paquetes  
 Tercer trimestre del embarazo  
 \_\_\_\_\_n.º de cigarrillos O n.º de \_\_\_\_\_ paquetes

**INFORMACIÓN DEL PADRE:**

**NOMBRE LEGAL ACTUAL DEL PADRE**

Apellido	Nombre	Segundo nombre	Sufijo
LUGAR DE NACIMIENTO DEL PADRE (CONDADO, ESTADO Y CIUDAD [DONDE SE ENCUENTRA EL HOSPITAL])			
País	ESTADO/TERRITORIO/PROVINCIA	CIUDAD	
FECHA DE NACIMIENTO DEL PADRE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL PADRE	
____/____/____ (mm/dd/aa)		_____	
<b>Educación del Padre:</b> (Marque la casilla que mejor describa el grado o nivel más alto de escolaridad completado en el momento del parto)  <input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior <input type="checkbox"/> De 9.º a 12.º grado, sin diploma  <input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o GED completo <input type="checkbox"/> Algún crédito universitario pero ningún título  <input type="checkbox"/> Tecnicatura superior (por ej., AS, AA,)  <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ej., BS, AB, BA)  <input type="checkbox"/> Maestría (por ej., MA, MS, M. Eng., M. Ed., MSW, MBA)  <input type="checkbox"/> Doctorado (por ej., Ph. D., Ed. D.) o Título profesional (MD, DDS, DVM, LLB, JD)  <input type="checkbox"/> Desconocida	<b>¿El padre es de origen hispano?</b> (Marque la casilla que mejor describe si el padre es español/hispano/latino)  Marque la casilla "No" si el padre no es español/hispano/latino.  <input type="checkbox"/> NO, no es español/hispano/latino  <input type="checkbox"/> Sí, es mexicano, mexicano americano/chicano  <input type="checkbox"/> Sí, es puertorriqueño  <input type="checkbox"/> Sí, es cubano  <input type="checkbox"/> Sí, es de otra ascendencia: español/hispano/latino  <input type="checkbox"/> Se desconoce si es español/hispano/latino	<b>Raza del Padre:</b> (Marque una o más razas para indicar de qué raza se considera a sí mismo el padre) <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal): _____ <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otras razas asiáticas (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Guameño o chamorro <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Otras razas isleñas del Pacífico (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otras (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Desconocida	

**POR FAVOR, NO SE OLVIDE DE FIRMAR EN LA PARTE INFERIOR DE LA PÁGINA.**

**SE REQUIERE LA FIRMA DE LA MADRE O DEL PADRE PARA COMPLETAR EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO**

Nombre de la persona que proporciona información para esta hoja de trabajo

\_\_\_\_\_

APELLIDO                      NOMBRE                      SEGUNDO NOMBRE                      Sufijo

Relación con el bebé:  Padre                       Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Fecha en que se completó la planilla: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (dd/mm/aaaa)

\* SI USTED MARCA "SÍ", LA 42 USC 405(C)(2) REQUIERE LA DIVULGACIÓN DE LOS NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL DE LOS PADRES SEGÚN LO ENMENDADO POR LA SECCIÓN 1090(B) DE LA LEY PÚBLICA 105-34. LA INFORMACIÓN SERÁ UTILIZADA POR EL SERVICIO DE IMPUESTOS INTERNOS ÚNICAMENTE CON EL PROPÓSITO DE DETERMINAR EL CUMPLIMIENTO DEL CRÉDITO TRIBUTARIO POR INGRESO DEL TRABAJO.

Yo, quien suscribe, certifico que la información indicada anteriormente es verdadera y correcta a mi entender.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA: \_\_\_\_\_

**SI ES MADRE SOLTERA/SI NO ESTÁ CASADA Y MENCIONARÁ AL PADRE EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO, COMPLETE EL FORMULARIO SIGUIENTE EN SU TOTALIDAD**

Formularios de reconocimiento ejecutados por firmas de los padres.

Para que el padre sea mencionado en el certificado, el padre **DEBE** estar presente en el momento de la firma del Reconocimiento de paternidad.

Si el padre es menor de 18 años, su tutor **DEBE** estar presente para firmar.

Domicilio del padre \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado, código postal y parroquia)

Teléfono del padre \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo del padre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador \_\_\_\_\_  
(calle, ciudad, estado, código postal y parroquia)

Ocupación del padre \_\_\_\_\_

Tutor del padre (si es menor de 18 años)  Sí  No Nombre completo del tutor: \_\_\_\_\_

Domicilio del tutor \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿El padre tiene un seguro privado?  Sí  No Si responde **SÍ**, proporcione la información siguiente:

Nombre de la compañía de seguros privada \_\_\_\_\_

Domicilio del seguro \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ ¿El bebé será integrado al seguro?  Sí o  No

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Lugar de trabajo de la madre \_\_\_\_\_ Ocupación de la madre \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

MEDICAID  Sí  No Si responde **SÍ**, proporcione el número de Medicaid \_\_\_\_\_

Seguro privado \_\_\_\_\_ Domicilio \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Si está casada y tiene MEDICAID  
y/o cualquier otro seguro de salud  
LLENE EL FORMULARIO EN SU  
TOTALIDAD**

¿Su esposo tiene seguro?  Sí  No

En caso afirmativo, proporcione el nombre de la COMPAÑÍA DE SEGUROS, el número de póliza, número de grupo, teléfono y domicilio:

Nombre del seguro: \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía de seguros (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Ocupación del esposo: \_\_\_\_\_

Nombre, domicilio, parroquia y teléfono de la empresa en la que trabaja su esposo:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El bebé será incorporado a este seguro?  Sí  No Número de contacto del esposo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESPOSA:**

¿Usted forma parte del seguro de su esposo?  Sí  No

¿Tiene un seguro además de tener Medicaid?  Sí  No

Nombre del seguro \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

N.º de póliza \_\_\_\_\_

Teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN DE LA ESPOSA \_\_\_\_\_

Nombre, domicilio, parroquia y teléfono de su empleo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*\*\*AVISO IMPORTANTE\*\*\***

*Según LOS REQUISITOS DEL REGISTRO CIVIL DE LA VITAL, la planilla del certificado de nacimiento de su bebé debe COMPLETARSE Y FIRMARSE ANTES DE SER DADO DE ALTA DEL HOSPITAL. Si esto no se hace, le causará un retraso innecesario en la recepción del certificado de nacimiento de su bebé, el número de seguro social y Medicaid, si lo solicita. Complétela tan pronto como sea posible mientras está en el hospital.*

*Cualquier reconocimiento de paternidad (AOP) debe completarse antes del alta o tendrá que regresar al hospital dentro de los siete días.*

*Gracias por su cooperación.*





**EFFECTIVE AUGUST 1, 2016**

In accordance with Act 434 of the 2016 Regular Louisiana Legislative Session, the 3-Party Acknowledgment of Paternity shall no longer be used to remove the presumed father and place a biological father on a child's birth record.

If a mother was married within 300 days of the birth, her husband/ex-husband shall be the presumed father, and he **MUST** be listed on the birth certificate that is submitted to Vital Records through LEERS.

In order to remove the presumed father or to have the biological father placed on the child's birth record after the record is filed with Vital Records, the parties are advised to contact an attorney to obtain a court order for disavowal or paternity judgment.

Should you have any questions regarding this process, please contact LEERS by phone at **(504) 593-5101**.



## Three-Party Acknowledgment of Paternity - DNA Testing

---

The three-party AOP was made available by [Louisiana Law](#) in Spring 2018 with a requirement that the completed affidavit be submitted with a DNA-based paternity test confirming the biological father.

**Vital Records is only able to accept these tests if certified as "Legal" or "Court Legal" tests by the lab conducting the paternity testing.** This option is normally the more expensive one, but is required to ensure chain of custody and proper identity verification. "Personal Knowledge" type tests are not acceptable for the purposes of accepting a three-party AOP.

All reputable DNA labs providing paternity services will be familiar with the "Legal" testing option. If the parents have any questions about whether a certain DNA test is acceptable, they can contact Vital Records at (504) 593-5100.





Estimados padres:

Felicitaciones por el nacimiento de su bebé, según el Registro Civil del Departamento de Salud y la Oficina de Hospitales de Salud Pública de Louisiana, la Ley de Louisiana (LSA R.S. 40:44) establece que se presentará un acta del nacimiento de cada niño ante el Secretario del Registro Civil dentro de los quince (15) días posteriores al nacimiento. Para los nacimientos que ocurren dentro de un hospital o en ruta hacia él, la ley (LSA R.S. 40:45) requiere que el hospital prepare el registro de nacimiento. Además de la información médica que normalmente mantiene su hospital, la autoridad de registro de nacimientos requiere que se recopile información detallada sobre la madre y el padre. Esa información debe ser proporcionada por los padres o alguna otra persona que tenga conocimiento de los padres. La Ley de Estadísticas Vitales de Louisiana establece penas severas (LSA R.S. 40:61), en términos de multas y encarcelamiento, para cualquier persona sentenciada por hacer declaraciones falsas intencionalmente y a sabiendas, destinadas a ser utilizadas en la preparación de un acta de nacimiento, o que se niegue a proporcionar la información requerida.

Si tiene alguna pregunta con respecto a lo anterior, comuníquese con el Secretario de Actas de Nacimiento en St. Tammany Parish Hospital 1202 S. Tyler St., Covington, LA. 70433, o llame al 985-898-3712.

**Declaración de los padres:**

*Entiendo que la información anterior es necesaria para completar el proceso de registro de nacimientos. Si no puedo proporcionar la información antes de la "Fecha programada de la transmisión del acta", entiendo que el acta de nacimiento de mi hijo se procesará en un estado suspendido y que no se emitirán copias certificadas hasta que se resuelvan todas las discrepancias. No recibiré una copia certificada de cortesía. Será mi responsabilidad contactar al Registro Civil y resolver todas las discrepancias. Seré responsable del pago de todas las tarifas legales de alteración/corrección y emisión de documentos.*

\_\_\_\_\_  
Firma de los padres

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Declaración del representante del hospital:**

Esto certificará que los padres no proporcionaron la información citada anteriormente dentro del período de tiempo prescrito.

**Procesar el acta de nacimiento como un acta suspendida.**

\_\_\_\_\_  
Firma del representante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Acreditado por



**The Joint Commission**

On Accreditation of Healthcare Organizations