

Informe de Muerte Fetal PLANILLA DE LOS PADRES

Por favor de completar el planilla y regresarlo al personal del hospital. **Por favor contesta cada pregunta** a lo mejor de su conocimiento. La información en que estamos solicitando se utiliza para:

- Cumplir con los requisitos de la ley federal y estatal,
- Reúna información médica que se utiliza para la salud pública,
- Mejorar el salud de mujeres y bebés en el futuro; y
- Proporcionar financiación continuada para programas de salud exitosos .

Completando el informe

Por favor utilice nombres completos para los padres. Usted puede decidir dejar el primer y segundo nombre en blanco para el feto.

Hay muchas preguntas en el informe de muerte fetal (presentado por el hospital) que no aparece en el acta conmemorativo de mortinato. Su información médica se mantiene estrictamente confidencial y se combina con otros muertes fetales en Oregon. La información combinada nos informe cuales servicios de salud se usaban, que tipos de problemas mujeres tenían durante sus embarazos, y qué resultados de salud ocurren en Oregon.

Esta información ayuda a los agencias de decidir qué servicios ofrecen y los niveles de necesidad entre grupos de mujeres. Por esta razón pedimos información sobre raza, etnia, educación, número de visitas prenatales, y muchas otras preguntas detalladas. Aunque no se utiliza en el acta de mortinatos, esta información se utiliza para mejorar la salud de las mujeres y los bebés en el futuro y continuar financiando programas exitosos. El ley de Oregon requiere el colección de esta información.

Los investigadores de salud pública utilizan esta información para mejor entender las necesidades de servicio y médica. Cualquier investigación de este tipo tiene requisitos estrictos para garantizar la confidencialidad.

Acta Conmemorativo de Mortinato

Despues de presentar este informe, usted puede obtener un acta conmemorativo de mortinato del Centro de Estadísticas de Salud. El hospital es responsable para presentar este informe si el peso o la edad gestacional del feto cumple con ciertos requisitos mínimos, pero **usted puede solicitar un informe a ser presentado independientemente de si se cumplen los requisitos de notificación obligatorios.**

Por favor contesta cada pregunta a lo mejor de su conocimiento. Cada pregunta tiene un propósito.

Gracias por su ayuda.

Informe de Muerte Fetal
PLANILLA DE LOS PADRES

(Página 1 de 2)

Feto						(Página 1 de 2)	
Nombre del Feto		Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sufijo	
Método de disposición							
Método de disposición: <input type="checkbox"/> Entierro <input type="checkbox"/> Cremación <input type="checkbox"/> Disposición de Hospital <input type="checkbox"/> Donación <input type="checkbox"/> Remoción del estado <input type="checkbox"/> Otro _____							
Centro de coordinación de la disposición final							
<input type="checkbox"/> Traslado de Hospital a Funeraria Nombre de instalación de funeral: _____							
<input type="checkbox"/> Traslado de Hospital a los padres (deben proporcionar a los padres un permiso de disposición para el transporte de restos)							
MADRE							
Nombre legal actual		Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sufijo	
Nombre legal antes del primer matrimonio (nombre de soltera)				<input type="checkbox"/> Igual que el nombre legal actual		Sufijo	
Primer nombre		Segundo nombre		Primer Apellido		Segundo Apellido	
Fecha de nacimiento		Lugar de nacimiento		Estado o provincia canadiense		País	
____/____/____ MM DD AAAA							
ATRIBUTOS DE LA MADRE BIOLÓGICA							
Domicilio		Calle, número de apartamento o unidad	Ciudad	Condado	Estado/País	Código postal	¿Se encuentra dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
ATRIBUTOS DE LA MADRE BIOLÓGICA							
Educación: ¿Cuál es el nivel de educación más alto que completó?							
<input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos		<input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)					
<input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{vo} grado; sin diploma		<input type="checkbox"/> Título de grado (por ejemplo, BA, BS, AB)					
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria o GED		<input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)					
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad pero sin título		<input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)					
Etnia: ¿Es de origen hispano? (Marque uno o más; no deje en blanco.)							
<input type="checkbox"/> No, no soy española/hispana/latina		<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueña		<input type="checkbox"/> Sí, otro origen española/hispana/latina (especificar)		<input type="checkbox"/> Desconocido	
<input type="checkbox"/> Sí, mexicana, mexico-americana, chicana		<input type="checkbox"/> Sí, cubana					
Raza o razas de la madre: (Por favor marque una o más razas para indicar el grupo al que usted considera que pertenece.)							
<input type="checkbox"/> Blanca		<input type="checkbox"/> Filipina		<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii			
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana		<input type="checkbox"/> Japonesa		<input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra			
<input type="checkbox"/> Indígena americana o nativa de Alaska		<input type="checkbox"/> Coreana		<input type="checkbox"/> Samoana			
(especificar tribu(s)) _____		<input type="checkbox"/> Vietnamita		<input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico (especificar) _____			
<input type="checkbox"/> Indígena asiático		<input type="checkbox"/> Otra de Asia (especificar) _____					
<input type="checkbox"/> China				<input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____			
SALUD DE LA MADRE BIOLÓGICA							
¿Recibió comida del programa WIC para usted durante este embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Consumo de tabaco <input type="checkbox"/> Ninguno			
				Nº cigarrillos (al día)			
Estatura		Peso		3 meses antes del embarazo		Nº _____ cigarrillos	
(antes de quedar embarazada)		(actual)		1º al 3º mes de embarazo		Nº _____ cigarrillos	
pies pulgadas		lbs		4º al 6º mes de embarazo		Nº _____ cigarrillos	
				7º al 9º mes de embarazo		Nº _____ cigarrillos	
¿Usted planeó dar luz en casa o en un centro de maternidad independiente cuando fuiste de parto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Si contestó sí, el asistente primaria quien planeaba estar en el inicio del parto fue: <input type="checkbox"/> Partera (sin licencia)							
<input type="checkbox"/> Enfermera Partera Certificada <input type="checkbox"/> Partera de Entrada Directo con licencia <input type="checkbox"/> Médico Naturista <input type="checkbox"/> Doctor en Medicina							
RELACIÓN LEGAL DE LOS PADRES							
Tenía un esposo legal o está usted en una Sociedad Doméstica Registrada en Oregón en el momento de la concepción, del nacimiento, en algún momento entre ambos o dentro de los 300 días de este nacimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Si contestó si, estaba usted casada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Si contesto no, está usted en una Sociedad Doméstica Registrada en Oregón? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Se proporcionará la información del padre/segundo progenitor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

INFORMACIÓN LEGAL SOBRE EL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR (Página 2 de 2)

Nombre legal actual				
Primer nombre	Segundo nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sufijo

Fecha de nacimiento ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small>	Lugar de nacimiento	Estado o provincia canadiense	País
---	----------------------------	-------------------------------	------

ATRIBUTOS DEL PADRE/SEGUNDO PROGENITOR

Educación: ¿Cuál es el nivel de educación más alto que el padre/segundo progenitor ha completado?

<input type="checkbox"/> 8 ^{vo} grado o menos	<input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS)
<input type="checkbox"/> 9 ^{no} – 12 ^{vo} grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Título de grado (por ejemplo, BA, BS, AB)
<input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria o GED	<input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
<input type="checkbox"/> Algunos créditos de universidad pero sin título	<input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo PhD, EdD) o título profesional (MD, DDS, DVM, JD)

Etnia: ¿Es el padre/segundo progenitor de origen hispano? (Marque uno o más; no deje en blanco.)

<input type="checkbox"/> No, no es español/hispano/latino	<input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Sí, otro origen español/hispano/latino (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Sí, mexicano, mexico-americano, chicano	<input type="checkbox"/> Sí, cubano	<input type="checkbox"/> Desconocido

Raza o razas del padre/segundo progenitor: (Por favor marque una o más razas para indicar el grupo al que él considera que pertenece el padre/segundo progenitor; no deje en blanco.)

<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Otro de las islas del Pacífico (especificar) _____
(especificar tribu(s)) _____	<input type="checkbox"/> Vietnamita	
<input type="checkbox"/> Indígena asiático	<input type="checkbox"/> Otro de Asia (especificar) _____	<input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii	<input type="checkbox"/> Desconocido

PRENATAL

Fecha de la última menstruación ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small>	Atención prenatal Primera visita Prenatal ____/____/____ <small>MM DD AAAA</small> Total de visitas prenatales _____	Nacimientos vivos previos Vivos en la actualidad N° _____ Nacimientos vivos que fallecieron N° _____ Fecha del último nacimiento vivo ____/____ <small>MM AAAA</small>	Otros resultados de embarazos <small>(Terminaciones espontáneas o inducidas o embarazos ectópicos)</small> N° de otro resultados _____ <small>(combinado)</small> Fecha del último otro resultado ____/____ <small>MM AAAA</small>
---	--	---	--

Certifico que la información provista en este formulario para registrar el muerte fetal es correcta a mi mejor saber y entender.

X _____ Fecha de la firma: _____
Firma del declarante