

(1/6/04)

Nombre del paciente _____

Formulario para que el paciente reporte un nacimiento sin vida

[Patient's Worksheet for the Report of Fetal Death]

Sentimos mucho la pérdida que ha tenido. Sabemos que estos son momentos difíciles para usted y su familia. Necesitamos hacerle algunas preguntas para completar el informe oficial sobre el nacimiento sin vida. Para garantizar la privacidad de los padres, las leyes estatales protegen contra el uso no autorizado de información de este formulario que pueda servir de identificación. Esta información puede ayudarles a los investigadores de la salud a entender algunos de los factores que pueden haber estado relacionados con la pérdida del bebé. Es muy importante que usted nos brinde una información completa y precisa. Le agradecemos su ayuda, especialmente durante estos momentos difíciles.

POR FAVOR ESCRIBA CLARO Y EN LETRA DE MOLDE

1. ¿Quiere ponerle nombre al bebé? Esta pregunta es completamente opcional.

[Baby's name - optional]

Nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

2. ¿Cuál es su nombre legal actual?

[Patient's legal name]

Nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

3. ¿Dónde vive usualmente, es decir, cuál es su lugar de residencia?

[Usual place of residence]

Calle y Número de la casa completo: _____ Número del apartamento: _____ [Apt. Number]
[Number and street] (No escriba números de rutas rurales)

Ciudad, pueblo o lugar: _____ [City, town or location]

Condado: _____ [County]

Estado: _____ [State]

Código de área postal: _____ [Zip/Postal Code]

(o territorio de Estados Unidos, Provincia
Canadiense)

Si no vive en los Estados Unidos, escriba el país _____
[Country, if not U.S.]

4. ¿Está su residencia dentro de los límites de la ciudad (dentro de los límites incorporados de la ciudad, pueblo o lugar donde usted vive)?

[Household location inside incorporated area/city limits]

- Sí [Yes]
 No [No]
 No sabe [Don't know]

Nombre del paciente _____

5. ¿Cuál es su dirección postal?

[Mailing address]

- Igual a la dirección de mi residencia [Vaya a la siguiente pregunta]
[Same as residence]

Calle número de casa completo: _____ [Number and street]

Número del apartamento: _____ [Apt. Number] P. O. Box. _____

Ciudad, pueblo o lugar: _____ [City, town or location]

Estado: _____ [State] Código de área postal: _____ [Zip/Postal Code]

(o territorio de los Estados Unidos, Provincia canadiense) [or U.S. Territory, Canadian Province]

Si no vive en los Estados Unidos, escriba el *país* _____ [Country, if not U.S.]

6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Ejemplo: 11 - 25 - 1977)

[Patient's date of birth]

Mes Día Año
[Month] [Day] [Year]

7. ¿En qué estado, territorio de Estados Unidos o país extranjero nació usted?

Por favor elija uno de los siguientes:

[Patient's birthplace]

Estado _____ [State]

o

territorio de los Estados Unidos, por ejemplo, Puerto Rico, Islas Vírgenes (EE.UU.), Guam, Samoa

Americana o Islas Marianas del Norte _____ [Territory]

o

País extranjero _____ [Foreign country]

8. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que tenía al momento del parto? Marque el cuadro que mejor describa su educación. (Si actualmente va a la escuela, marque el cuadro que indique el grado que tenía antes o el grado más alto que ha recibido).

[Highest level of schooling completed by patient]

- 8° grado o menos [8th grade or less]
 9° - 12° grado, sin diploma [9-12th grade, no diploma]
 Graduado de la escuela secundaria (*high school*) o el equivalente (GED) [High school graduate or GED]
 Algunos créditos de universidad, pero sin título [Some college credit, no degree]
 Grado Asociado (p. ej. AA, AS) [Associate degree]
 Licenciatura (p. ej. BA, AB, BS) [Bachelor's degree]
 Maestría (p. ej. MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) [Master's degree]
 Doctorado (p. ej. PhD, EdD) o grado profesional (p. ej. MD, DDS, DVM, LLB, JD)
[Doctorate or professional degree]

Nombre del paciente _____

9. ¿Es usted hispana/latina? Si no es hispana/latina, marque la caja que dice “No”. Si es hispana/latina, marque la caja que corresponda a su caso.

[Patient's Spanish/Hispanic/Latina origin]

- No, no soy hispana/latina [No, not Hispanic/Latina]
- Sí, mexicana, mexico-americana, chicana [Yes, Mexican, Mexican American, Chicana]
- Sí, puertorriqueña [Yes, Puerto Rican]
- Sí, cubana [Yes, Cuban]
- Sí, otro país hispano/latino (p. ej. española, salvadoreña, dominicana, colombiana) (especifique)_____ [Yes, other Hispanic]

10. ¿A qué raza pertenece usted? (Por favor marque la raza o las razas a las que usted considera que pertenece).

[Race]

- Blanca [White]
- Negra o afroamericana [Black or African American]
- India americana o nativa de Alaska (nombre de la tribu en la que está inscrita o nombre de la tribu principal)_____ [American Indian or Alaskan Native]
- India asiática [Asian Indian]
- China [Chinese]
- Filipina [Filipino]
- Japonesa [Japanese]
- Coreana [Korean]
- Vietnamita [Vietnamese]
- Otra asiática (especifique)_____ [Other Asian]
- Nativa de Hawai [Native Hawaiian]
- Guameña o Chamorro [Guamanian or Chamorro]
- Samoana [Samoan]
- Otra de las islas del Pacífico (especifique)_____ [Other Pacific Islander]
- Otra (especifique)_____ [Other]

11. ¿Ha estado casada alguna vez?

[Ever married?]

- Sí [Por favor vaya a la pregunta 12] [Yes]
- No [Por favor vaya a la pregunta 14] [No]

12. ¿Cuál era su nombre antes de su primer matrimonio?

[Name prior to first marriage]

Nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

Nombre del paciente _____

13. ¿Estaba casada al momento de concebir este niño(a), al momento del parto o en cualquier momento entre la concepción y el parto?

[Married at time of conception, delivery, or in-between]

- Sí [Yes]
 No [No]

14. ¿Cuál es el nombre legal actual del padre del bebé?

[Current legal name of baby's father]

Nombre
[First]

Segundo nombre
[Middle]

Apellido
[Last]

Sufijo (Jr., III, etc.)
[Suffix]

15. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre? (Ejemplo: 12 - 25 - 1976)

[Father's date of birth]

Mes [Month]

Día [Day]

Año [Year]

- No sabe [Don't know]

16. ¿En qué estado, territorio de Estados Unidos o país extranjero nació el padre?

Por favor elija uno de los siguientes:

[Father's birthplace]

Estado _____ [State]

o

territorio de los Estados Unidos, por ejemplo, Puerto Rico, Islas Vírgenes (EE.UU.), Guam, Samoa Americana o Islas Marianas del Norte _____ [U.S. Territory]

o

País extranjero _____ [Foreign country]

17. ¿Recibió alimentos del programa WIC (*Women, Infants & Children*) durante el embarazo?

[Received WIC food for self during this pregnancy]

- No [No]
 Sí [Yes]
 No sabe [Don't know]

Nombre del paciente _____

18. ¿Cuánto mide?

[Height]

_____ pies _____ pulgadas
[Feet] [Inches]

19. ¿Cuánto pesaba antes del embarazo, es decir, cuál era su peso inmediatamente antes de quedar embarazada?

[Pregnancy weight]

_____ libras [Pounds]

20. ¿Cuántos cigarrillos O cajetillas de cigarrillos fumó (en promedio) por día durante cada uno de los siguientes períodos? Si NUNCA fumó, escriba “cero” para cada período.

[Average number of cigarettes or packs smoked during each time period]

	# de cigarrillos		# de cajetillas
Tres meses antes del embarazo	_____	O	_____ [3 months before pregnancy]
Primeros tres meses del embarazo	_____	O	_____ [First 3 months of pregnancy]
Segundos tres meses del embarazo	_____	O	_____ [Second 3 months of pregnancy]
Últimos tres meses del embarazo	_____	O	_____ [Last 3 months of pregnancy]
	[# of cigarettes]		[# of packs]

Gracias por haber llenado este formulario en este momento tan difícil. La información que nos dio es muy importante y será utilizada por investigadores de la salud para entender mejor los factores que provocaron la muerte del bebé y mejorar las estrategias de prevención en un futuro.