

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

FORMULARIO VS-3WA  
(REV. 08/2020)

## HOJA DE TRABAJO DE MORTINATOS

Sentimos mucho la pérdida que ha sufrido, y estamos conscientes de lo difícil del momento para usted y sus seres queridos. Hay algunas preguntas que necesitamos hacerle para poder llenar el informe oficial de la muerte fetal. Las leyes estatales protegen contra la divulgación no autorizada de información identificatoria del informe de la muerte fetal para garantizar la confidencialidad de los padres. Esta información también puede ayudar a los investigadores científicos a entender los factores relacionados con los abortos y los partos de mortinatos. Su asistencia brindando información completa y correcta es de gran importancia. Le agradecemos su ayuda, sobre todo en un momento tan difícil como este.

### SECCIÓN DE LA MADRE

FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Favor de llenar todo el formulario sin dejar espacios en blanco a menos que se le indique lo contrario. La enumeración de la hoja de trabajo coincide con la del sistema electrónico.

#### INFORMACIÓN DEL(DE LA) NIÑO(A)

1. ¿Cuál va a ser el nombre legal del(de la) bebé (tal como debería aparecer en el acta de nacimiento del mortinato)?

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., III, etc.): \_\_\_\_\_

Aún no se ha escogido el nombre ni el segundo nombre

(Nota: Si el(la) niño(a) no tiene nombre, ponga "Unknown (Se desconoce)" en la parte del nombre, y el apellido legal actual de la madre en la parte del apellido del(de la) niño(a)).

2. ¿Cuál fue la hora de parto de la madre? (en formato de 24 horas, p.ej. 1:00 p.m. = 13:00)

\_\_\_\_\_: \_\_\_\_\_  
Hora Minuto

3. ¿Cuál es el sexo del bebé?

Masculino  Femenino

4. ¿Cuál es la fecha de parto de la madre?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

#### INFORMACIÓN DE LA MADRE

10a. ¿Nombre legal actual de la madre?

Nombre: \_\_\_\_\_  
Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s): \_\_\_\_\_

10b. ¿Cuál es la fecha de nacimiento de la madre?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

10c. ¿Nombre de la madre antes de su primer matrimonio?

Nombre: \_\_\_\_\_  
Segundo nombre: \_\_\_\_\_  
Apellido(s): \_\_\_\_\_

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

10d. ¿En qué estado, territorio de los EE. UU., o país extranjero nació la madre? Favor de especificar una de las siguientes opciones:

Estado \_\_\_\_\_

o

territorio de los EE. UU. \_\_\_\_\_

(p.ej., Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, Samoa Americana o las Marianas del Norte)

o

país extranjero \_\_\_\_\_

11. ¿Dónde vive la madre normalmente —o sea— ¿dónde se encuentra el domicilio de la madre?

Número y calle completos: \_\_\_\_\_ Número de apto.: \_\_\_\_\_  
(No ponga números de rutas rurales)

Ciudad, pueblo o localidad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
(o territorio de los EE. UU., provincia canadiense)

Dentro de los límites de la ciudad:  Sí  No

Si no es en los Estados Unidos, ponga el país \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL PADRE

(¡ALTO! Si la madre no está casada y no se llenó un reconocimiento de la paternidad, deje estos puntos en blanco y pase directamente al punto 19).

12a. ¿Nombre legal actual del padre?

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., III, etc.): \_\_\_\_\_

12b. ¿Cuál es la fecha de nacimiento del padre?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

12c. ¿En qué estado, territorio de los EE. UU., o país extranjero nació el padre? Favor de especificar una de las siguientes opciones:

Estado \_\_\_\_\_

o

territorio de los EE. UU. \_\_\_\_\_

(p.ej., Puerto Rico, Islas Vírgenes de los EE.UU., Guam, Samoa Americana o las Marianas del Norte)

o

país extranjero \_\_\_\_\_

### HISTORIAL DE LA MADRE

19. ¿Cuál es el grado de escolaridad más alto que la madre habrá alcanzado en el momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su nivel educativo. Si está cursando estudios en estos momentos, marque la casilla que indique el grado previo o el título más alto recibido).

8º grado o menos

9º - 12º grado, sin diploma

Graduada de *high school* o GED aprobado

Créditos universitarios acumulados, pero sin título

Carrera Técnica (p.ej. Carrera Técnica de Humanidades, de Ciencias)

Licenciatura (p.ej. Licenciatura en Humanidades, en Ciencias)

Maestría (p.ej. Maestría en Humanidades, en Ciencias, en Ingeniería, etc.)

Doctorado (p.ej. PhD, EdD) o Título Profesional (p.ej. en Medicina, Estomatología, Derecho)

20. ¿Es de origen hispano la madre? (Favor de marcar una o más).

No, no es hispana/latina

Sí, es mexicana, mexicoamericana, chicana

Sí, es puertorriqueña

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

- Sí, es cubana
- Sí, es otro tipo de hispana/latina (p.ej. española, salvadoreña, dominicana, colombiana)  
(especifique) \_\_\_\_\_

21. ¿Cuál es la raza de la madre? (Favor de marcar *una o más razas* para indicar a qué raza considera la madre que pertenece).

- Blanca
- Negra o afroamericana
- Amerindia o indígena de Alaska  
(nombre de la tribu en que está inscrita) \_\_\_\_\_
- Asiática de ascendencia india
- China
- Filipina
- Japonesa
- Coreana
- Vietnamita
- Otro tipo de asiática (especifique) \_\_\_\_\_
- Indígena hawaiana
- Guameña o chamorra
- Samoana
- Otro tipo de isleña del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

22. ¿Estaba la madre casada en el momento en que se concibió al(a) niño(a), en el momento del nacimiento o en algún momento dado entre la concepción y el nacimiento?

- Sí
- No

23. ¿Cantidad total de consultas de atención prenatal por este embarazo? (Saque un estimado de ser necesario; si no hubo ninguna, ponga cero)

\_\_\_\_\_

24a. ¿Cuál es la fecha de la primera consulta de atención prenatal?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

24b. ¿Cuál es la fecha de la última consulta de atención prenatal?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

25. ¿Cuál es la estatura de la madre?

\_\_\_\_\_ pies \_\_\_\_\_ pulgadas

26. ¿Cuál era el peso de la madre antes del embarazo, o sea, el peso justo antes de que quedara embarazada de este(esta) niño(a)?

\_\_\_\_\_ lbs.

27. ¿Cuál era el peso de la madre en el momento del parto?

\_\_\_\_\_ lbs.

28. ¿Recibió la madre alimentos de WIC (Mujeres, Lactantes y Niños) por estar embarazada de este(esta) niño(a)?

- Sí
- No

29a.-b. ¿Cuál fue la cantidad de partos anteriores de nacidos vivos? (Si no hubo ninguno, ponga cero).

- a. Aún vivos \_\_\_\_\_
- b. Ya muertos \_\_\_\_\_

29c. ¿Cuál fue la fecha de parto del último nacido vivo?

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
MM DD AAAA

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

**30a. ¿Cuál fue la cantidad de desenlaces del embarazo de otro tipo?**

(Incluya las pérdidas fetales de cualquier edad gestacional —los abortos espontáneos, los abortos inducidos y/o embarazos ectópicos—).

Otros tipos de desenlace del embarazo \_\_\_\_\_

**30b. ¿Cuál fue la fecha del último desenlace del embarazo de otro tipo?**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

**31. ¿Cuántos cigarrillos O cajetillas de cigarrillos fumaba la madre en un día promedio durante cada uno de los siguientes períodos? Si la madre NUNCA ha fumado, ponga cero en todos los períodos.**

	# de cigarrillos*		# de cajetillas
El último trimestre antes del embarazo	_____	O	_____
El primer trimestre del embarazo	_____	O	_____
El segundo trimestre del embarazo	_____	O	_____
El tercer trimestre del embarazo	_____	O	_____

\* se refiere a productos tabáquicos solamente, NO a cigarrillos electrónicos.

**32. ¿Cuál fue la fecha de comienzo de la última menstruación normal?**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
MM DD AAAA

**33. ¿Fue este un parto múltiple? (Si lo fue, especifique, gemelos, trillizos, etc., y el orden en que nacieron).**

- No  
 Sí

(Especifique) \_\_\_\_\_  
Orden de nacimiento (Primero, segundo, tercero, etc.) \_\_\_\_\_

**35. ¿Fue la madre transferida de otro centro producto de señales maternas, clínicas o fetales anunciando el parto?**

- No  
 Sí

Centro del que la madre fue transferida \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL INFORMANTE**

**Si el informante no es la madre, ¿cuál es el nombre de la persona proporcionando la información para esta hoja de trabajo?**

Nombre: \_\_\_\_\_

Segundo nombre: \_\_\_\_\_

Apellido(s): \_\_\_\_\_ Sufijo (Jr., III, etc.): \_\_\_\_\_

**¿Cuál es su relación con la madre biológica del(de la) bebé?**

- Padre del(de la) bebé       Empleado del hospital  
 Otro tipo de familiar       Otro, (especifique) \_\_\_\_\_

\*\*\* SE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN \*\*\*

(Nota: Esta parte de la hoja de trabajo la deben firmar la madre y el padre (si la madre está casada), así como la persona que certificó el nacimiento del(de la) niño(a)).

<p><b>Firma de la madre:</b> _____ <input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p> <p><b>Firma del padre:</b> _____ <input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p> <p><b>Firma del certificador:</b> _____ <input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.</p>	<p><b>Fecha:</b> _____</p> <p><b>Fecha:</b> _____</p> <p><b>Fecha:</b> _____</p>
--	--

Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

## SECCIÓN DEL CENTRO DE MATERNIDAD

Para encontrar definiciones, orientaciones e información detalladas sobre las fuentes y palabras claves y abreviaturas comunes, favor de ver el recurso de los CDC ["Guide to Completing Facility Worksheets for the Certificate of Live Birth and Report of Fetal Death"](#).

Toda la información del acta de nacimiento presentada como información de la madre ha de ser la información de la mujer que dio a luz al(a la) lactante. En los casos de vientres de alquiler o embarazos subrogados, la información proporcionada ha de ser la de la madre de alquiler o madre subrogada; o sea, la de la mujer que dio a luz al(a la) lactante.

### FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y LEGIBLE

Favor de llenar todo el formulario sin dejar espacios en blanco a menos que se le indique lo contrario. La enumeración de la hoja de trabajo coincide con la del sistema electrónico.

#### INFORMACIÓN DEL CENTRO

5. ¿Cuál es el nombre del centro hospitalario en que tuvo lugar el parto? (Si el parto tuvo lugar en un domicilio, ponga parto domiciliario y use la dirección del domicilio).

Nombre del centro: \_\_\_\_\_

6. ¿En qué ciudad, pueblo o localidad nació el(la) bebé?

Ciudad, pueblo o localidad: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es el código postal del lugar en que se produjo el parto?

Código postal: \_\_\_\_\_

8. ¿En qué condado tuvo lugar el parto?

Condado: \_\_\_\_\_

9. ¿Sitio en que se produjo el parto? (Marque uno)

- Hospital
- Centro de maternidad independiente de un hospital
- Parto domiciliario
  - ¿Planeó dar a luz en su domicilio?
  - Sí
  - No
- Clínica/Consulta médica
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_

#### INFORMACIÓN DE LA DISPOSICIÓN

13a. ¿Cuál es el método de disposición?

- Entierro
- Cremación
- Disposición por parte del hospital
- Donación
- Traslado fuera del estado
- Otro, (especifique) \_\_\_\_\_

13b. ¿Cuál es el sitio de disposición? (Nombre del cementerio, crematorio, etc.)

Nombre: \_\_\_\_\_

13c. ¿Nombre del lugar de la disposición?

Ciudad/Pueblo y Estado: \_\_\_\_\_









Mother's Medical Record # \_\_\_\_\_  
FOR HOSPITAL USE ONLY

Mother's name \_\_\_\_\_

- Cariotipo confirmado
- Cariotipo pendiente de confirmación
- Sospecha de la existencia de un trastorno cromosómico - (Incluye cualquier constelación de malformaciones congénitas como resultado de o compatibles con síndromes conocidos causados por defectos detectables en la estructura cromosómica).
  - Cariotipo confirmado
  - Cariotipo pendiente de confirmación
- Hipospadias - (Cierre incompleto de la uretra masculina con resultado de la apertura del meato uretral en la superficie ventral del pene. Incluye primer grado – en el glande ventral a la punta, segundo grado – en el sulcus coronario, y tercer grado – en el eje del pene).
- Nada de lo anterior
- Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Se desconoce

**\*\*\* SE DEBE FIRMAR A CONTINUACIÓN \*\*\***

(Nota: Esta parte de la hoja de trabajo la debe firmar la persona que atendió el parto del(de la) niño(a)).

<b>Firma de la persona que atendió el parto:</b> _____ <input type="checkbox"/> Doy fe de que esta es mi firma electrónica.	<b>Fecha:</b> _____
--	---------------------

**Todos los centros que no son de maternidad, las parteras y médicos forenses que no pueden registrar este mortinato electrónicamente a través de KY-CHILD deben enviar esta hoja de trabajo ya llena, con todas las firmas pertinentes a:**

Kentucky Office of Vital Statistics  
275 East Main, 1E-A  
Frankfort, KY 40621