

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)).

Firma de la madre: _____

Doy fe de que esta es mi firma electrónica.

Firma del padre: _____

Doy fe de que esta es mi firma electrónica.

Firma del certificador: _____

Doy fe de que esta es mi firma electrónica.

Fecha: _____

Fecha: _____

Fecha: _____

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: _____

INFORMACIÓN DE LA PERSONA ATENDIENDO EL PARTO Y DE LA INSCRIPCIÓN

14. Nombre, título, número de licencia y N.P.I. (Identificador Nacional del Proveedor) **de la persona que atendió el parto:** (La persona que atendió el parto es aquella que estuvo físicamente presente en el parto y corría con la responsabilidad de este. Por ejemplo, si un(a) pasante o una enfermera obstetra ayuda directamente con el parto bajo la supervisión de un(a) médico(a) obstetra que está presente en la sala de partos, el(la) médico(a) obstetra ha de figurar como la persona que atendió el parto. Si no hay un(a) médico(a) obstetra físicamente presente, entonces el(la) pasante o la enfermera obstetra han de figurar como la persona que atendió el parto).

Nombre de la persona que atendió el parto _____ N.P.I. _____

Número de licencia de la persona que atendió el parto (si corresponde) _____

Título de la persona que atendió el parto:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> M.D. - (Médico) | <input type="checkbox"/> CNM/CM (Enfermera Obstetra Certificada o Partera Certificada) |
| <input type="checkbox"/> D.O. - (Médico Osteópata) | <input type="checkbox"/> Otros tipos de parteras (parteras que no son CNM/CM) |
| <input type="checkbox"/> Administrador o persona designada del hospital | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |

15. ¿Cuál es el nombre y el título del certificador?

(La persona que certifica el hecho de que se produjo el parto. Puede ser, pero no tiene que ser la misma persona que atendió el parto).

Nombre y del certificador: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> M.D. - (Médico) | <input type="checkbox"/> CNM/CM (Enfermera Obstetra Certificada o Partera Certificada) |
| <input type="checkbox"/> D.O. - (Médico Osteópata) | <input type="checkbox"/> Otros tipos de parteras (parteras que no son CNM/CM) |
| <input type="checkbox"/> Administrador o persona designada del hospital | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |

16. Fecha de la certificación: ____/____/____
MM DD AAAA

INFORMACIÓN DE LA CAUSA DE LA MUERTE FETAL

18a. ¿Cuál es la causa/afección iniciadora?

- Afecciones/enfermedades de la madre
- Ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Insuficiencia placentaria
- Prolapso del cordón umbilical
- Corioamnionitis
- Otros tipos de complicaciones de la placenta, del cordón o de las membranas
- Otros tipos de complicaciones obstétricas o del embarazo
- Anomalía fetal
- Lesión fetal
- Infección fetal
- Otros tipos de afecciones/trastornos fetales
- Se desconoce

18b. ¿Hay alguna otra causa/afección significativa? (Marque todas las que correspondan)

- Afecciones/enfermedades de la madre
- Ruptura de membranas antes del inicio del trabajo de parto
- Desprendimiento prematuro de la placenta
- Insuficiencia placentaria
- Prolapso del cordón umbilical
- Corioamnionitis
- Otros tipos de complicaciones de la placenta, del cordón o de las membranas
- Otros tipos de complicaciones obstétricas o del embarazo
- Anomalía fetal
- Lesión fetal
- Infección fetal
- Otros tipos de afecciones/trastornos fetales
- Se desconoce

18c. ¿Cuál es el peso del feto? (preferiblemente en gramos) _____

18d. ¿Cuál fue el estimado obstétrico de gestación en el momento del parto? (Semanas completadas) ____

18e. ¿Cuál fue la hora estimada del nacimiento del mortinato?

- Muerto cuando la 1.ª evaluación, sin trabajo de parto Murió durante el trabajo de parto, después de la 1.ª evaluación
 Muerto cuando la 1.ª evaluación, con trabajo de parto Se desconoce cuándo se produjo la muerte fetal

18f. ¿Se realizó una autopsia?

- Sí No

18g. ¿Se realizó un examen histológico placentario?

- Sí No

INFORMACIÓN MÉDICA Y DE SALUD

36. Factores de riesgo en este embarazo: (Marque todas las que correspondan)

- Diabetes - (Intolerancia a la glucosa que lleva tratamiento; si existe diabetes, marque o antes del embarazo o gestacional; no marque las dos).
 Antes del embarazo - (Diabetes diagnosticada antes del embarazo)
 Gestacional - (Diabetes diagnosticada en este embarazo)
- Hipertensión - (Elevación de la presión arterial por encima de lo normal para la edad, el sexo y la condición fisiológica de la paciente; si existe hipertensión, marque o antes del embarazo o gestacional; no marque las dos).
 Antes del embarazo - (Crónica) (Hipertensión diagnosticada antes del inicio de este embarazo)
 Gestacional - (PIH, preeclampsia) (Hipertensión diagnosticada durante este embarazo).
 Eclampsia - (Hipertensión con proteinuria con convulsiones generalizadas o con estado de coma. Puede que incluya edema patológico. Si existe eclampsia, se puede marcar o hipertensión antes del embarazo o hipertensión gestacional).
- Partos prematuros anteriores - (Historial de embarazos que resultaron en un nacido tras menos de 37 semanas enteras de gestación).
- Otros tipos de malos desenlaces anteriores (Incluye muerte perinatal, nacimientos de bebés pequeños para la edad gestacional/nacimientos precedidos por un crecimiento intrauterino restringido).
 Embarazo resultante de un tratamiento de infertilidad - (Cualquier tratamiento de reproducción asistida usado para iniciar el embarazo. Incluye fármacos potenciadores de la fertilidad (p.ej., Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina y procedimientos tecnológicos de reproducción asistida (p.ej., IVF, GIFT y ZIFT)).
Si la respuesta es sí, marque todos los que correspondan:
 Fármacos potenciadores de la fertilidad, inseminación artificial o inseminación intrauterina - (Cualquier fármaco potenciador de la fertilidad (p.ej., Clomid, Pergonal), inseminación artificial o inseminación intrauterina usados para iniciar el embarazo).
 Tecnología reproductiva asistida - (Cualquier tecnología reproductiva asistida (ART)/procedimientos técnicos (p.ej., fertilización in vitro (IVF), transferencia intrafalopiana de gametos (GIFT), ZIFT) usados para iniciar el embarazo).
- La madre ha tenido partos por cesárea - (Parto en el que se extrajo el feto, la placenta y las membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina de la madre).
Si la respuesta es sí, ¿cuántos? _____
- Nada de lo anterior
 Se desconoce

37. Infecciones existentes y/o ya tratadas durante este embarazo: (Existente al inicio del embarazo o diagnóstico confirmado durante el embarazo con o sin documentación de tratamiento. La documentación del tratamiento durante este embarazo es aceptable si en la documentación de archivo disponible no hay un diagnóstico definitivo)
(Marque todas las que correspondan)

- Gonorrea - (prueba o cultivo positivos de detección de *Neisseria gonorrhoeae*)
 Sífilis - (también llamada lúes venérea - prueba positiva de detección de *Treponema pallidum*)
 Clamidia - (prueba positiva de detección de *Chlamydia trachomatis*)
 Listeria
 Estreptococo del grupo B
 Citomegalovirus
 Parvovirus
 Toxoplasmosis
 Nada de lo anterior
 Otros (especifique) _____
 Se desconoce

38. Método de parto: (El proceso físico mediante el cual se lleva a cabo el parto del(de la) lactante)

¿Se intentó el parto con fórceps, pero sin lograr resultados?

- Sí No

¿Se intentó la extracción con ventosa, pero sin lograr resultados?

- Sí No

Presentación fetal al nacer: (Marque una)

- Cefálica - (La presentación del feto es de vértex, occipucio anterior (OA), occipucio posterior (OP))
 Podálica - (La presentación del feto es de nalgas, nalgas completas, nalgas francas, nalgas incompletas)
 Otra - (Cualquier otra presentación no mencionada arriba, i.e., de hombro, umbilical, transversal, compuesta) Se desconoce

Ruta final y método de parto: (Marque una)

- Vaginal/Espontáneo - (Parto del feto entero por la vagina con uso de la fuerza natural del trabajo de parto con o sin asistencia manual de la persona que atendió el parto).
 Vaginal/Fórceps - (Extracción de la cabeza fetal por vía vaginal mediante la aplicación de fórceps obstétricos a la cabeza fetal)
 Vaginal/Ventosa - (Extracción de la cabeza fetal por vía vaginal mediante la aplicación de una ventosa a la cabeza fetal). Cesárea
 - (Extracción del feto, la placenta y las membranas a través de una incisión en las paredes abdominal y uterina de la madre).
 Si el parto fue por cesárea, ¿se llegó a intentar el trabajo de parto? - (Se permitió, aceleró o indujo el trabajo de parto con planes de realizar un parto vaginal).
 Sí No
 Se desconoce

39. Morbilidad materna: (Complicaciones graves experimentadas por la madre en relación con el trabajo de parto y el parto)
(Marque todas las que correspondan)

- Transfusión a la madre - (Incluye infusión de sangre entera o de glóbulos rojos empacados para el trabajo de parto y el parto).
 Laceración perineal de tercero o de cuarto grado - (La laceración de 3° se extiende a través de la piel perineal, la mucosa vaginal, el cuerpo perineal y parcial o completamente a través del esfínter anal. La laceración de 4° es todo lo anterior y se extiende además a través de la mucosa rectal).
 Útero roto - (Desgarro de la pared uterina. La ruptura de la pared uterina en todo su grosor, que incluye además el peritoneo visceral que cubre dicha pared (serosa uterina). No incluye la dehiscencia uterina, en la cual el feto, la placenta y el cordón umbilical se quedan contenidos dentro de la cavidad uterina. No incluye la ruptura silente o incompleta o la separación asintomática).
 Histerectomía no planificada - (Extirpación quirúrgica del útero que no estaba planificada antes de la admisión. Incluye las histerectomías que se esperaba que resultarían necesarias, pero que definitivamente no estaban planificadas).
 Admisión a la sala de cuidados intensivos - (Cualquier admisión, planificada o no, de la madre a un centro/sala designados para brindar cuidados intensivos).
 Procedimiento quirúrgico no planificado a continuación del parto
 Nada de lo anterior
 Se desconoce

40. Anomalías congénitas del neonato: (Malformaciones del neonato diagnosticadas prenatalmente o después del parto).
(Marque todas las que correspondan)

- Anencefalia - (Ausencia parcial o completa del cerebro y del cráneo. También llamada acrania. También incluye a lactantes con craneorraquisquisis (anencefalia con un defecto contiguo de la médula espinal)).
 Mielomeningocele/Espina bífida - (Espina bífida es la hernia de las meninges y/o del tejido de la médula espinal por medio de un defecto huesudo del cierre de la médula espinal. Mielomeningocele es la hernia de las meninges y del tejido de la médula espinal. El meningocele (hernia de las meninges sin el tejido de la médula espinal) se debería incluir en esta categoría también. Se deberían incluir tanto las lesiones abiertas como las cerradas (cubiertas de piel). No incluya la espina bífida oculta (un defecto huesudo de la médula ósea sin protuberancia de la médula espinal o las meninges)).
 Enfermedad cardiovascular congénita cianótica - (Defectos cardiovasculares congénitos que causan cianosis).
 Hernia diafragmática congénita - (Defecto en la formación del diafragma que permite que los órganos abdominales se hernien hacia el interior de la cavidad torácica).
 Onfalocelo - (Defecto en la pared abdominal anterior en el cual el anillo umbilical se ensancha, permitiendo que los órganos abdominales se hernien hacia el interior del cordón umbilical. Los órganos herniados quedan cubiertos de una bolsa membranosa casi transparente (diferente de la gastrosquisis, ver abajo), aunque esta bolsa puede romperse. También se le llama exonfalocelo. No incluya la hernia umbilical (completamente cubierta de piel) en esta categoría).
 Gastrosquisis - (Anomalía de la pared abdominal anterior, lateral al ombligo, que provoca que el contenido abdominal se hernie directamente hacia el interior de la cavidad amniótica. Se diferencia del onfalocelo por la ubicación del defecto y la ausencia de una membrana protectora).
 Defecto por reducción de extremidades (excluyendo la amputación congénita y los síndromes de enanismo) - (Ausencia completa o parcial de una porción de una extremidad relacionada con la incapacidad de esta para desarrollarse).
 Labio leporino con o sin paladar hendido - (Cierre incompleto del labio. Puede ser unilateral, bilateral o medio).
 Paladar hendido solamente - (Fusión incompleta de las placas palatinas. Puede limitarse al paladar blando o puede que se extienda al paladar duro. El paladar hendido acompañado de labio leporino debería incluirse en la categoría anterior "Labio leporino con o sin paladar hendido").
 Síndrome de Down - (Trisomía del par 21 – Anomalía cromosómica causada por la presencia parcial o total de una tercera copia del cromosoma 21).

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)).

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

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

SOLO COMO REFERENCIA