

Paquete del Certificado De nacimiento



¡Felicitaciones por su bebé!

Los coordinadores de certificados de nacimiento de Lakeside están aquí para ayudarlo a presentar documentación importante ante la Oficina del Registro Civil para recibir el certificado de nacimiento y la tarjeta del Seguro Social de su bebé. **Un coordinador de certificados de nacimiento lo llamará al teléfono que está en su habitación del hospital o pasará por su habitación para brindarle más información.**

Vaya comenzando con la documentación y complete el Formulario del certificado de nacimiento y el Formulario de reconocimiento de paternidad (AOP, por sus siglas en inglés). El formulario AOP es necesario para establecer la paternidad de los padres no casados o para establecerla de forma extramatrimonial.

La documentación debe completarse antes del alta y entregarse a un coordinador de partidas de nacimiento oa una enfermera. **No se lleve los formularios a casa.**



Oficina de certificados de nacimiento

Primer piso del hospital principal - HIM Departamento

Lunes a Sabado
8 am-4 pm

504.780.4524 o marque *04524 desde el teléfono de una habitación del hospital
Email: BirthCert@LCMHealth.org

Office of Vital Records

1450 Poydras St., Suite 400
New Orleans, LA 70112
504.593.5100
ldh.la.gov/index.cfm/subhome/21

Social Security Office

400 Poydras St., Suite 500
New Orleans, LA 70112
1.800.772.1213
ssa.gov

Louisiana Paternity Establishment Program

866.430.9569
la-paternity.com



Establishing paternity – what a difference a dad makes!

Louisiana Paternity Establishment Program
866.430.9569
la-paternity.com

LDH – State Registrar and Vital Records:
504.593.5100
ldh.la.gov/index.cfm/page/681

The Acknowledgment of Paternity (AOP) Affidavit is a legal document to establish paternity for the biological father of the child. This form is necessary to establish paternity for unmarried parents or parents wishing to establish paternity outside of marriage. The Hospital Birth Certificate Coordinator can help you file this form with the LDH – Office of Vital Records at no cost to you (genetic testing costs are the responsibility of the parents).

If you choose not to complete the AOP in the hospital, you may file an Acknowledgment of Paternity directly with the Louisiana Department of Health – Office of Vital Records and Statistics. There will be a fee for processing.

If either of you is not sure who is the biological father of this child, you should not sign this form. You should have a genetic test.

Any person signing an Acknowledgment of Paternity may, without cause, revoke their acknowledgment within 60-days of executing (signing) a form. The person must complete a Revocation of Acknowledgment of Paternity Affidavit and file it with Vital Records within the 60-day period. Call Office of Vitals record 504.593.5122 or visit website ldh.la.gov/index.cfm/page/681

Acknowledgment of paternity – child born outside of marriage (unmarried parents)

This Acknowledgment of Paternity Affidavit is used to add the biological father to a child's birth certificate if the mother was not married at the time of birth or within 300 days of the birth.

- Fill out sections I, II, III, and IV (if Father is under 18) on the "Acknowledgment of Paternity Worksheet"
- Mother, father, and father's guardian (if under 18) must sign the AOP and present a valid picture ID or passport.

Learn more about **establishing paternity in Louisiana** by reading below information below, speaking with your Birth Certificate Coordinator and visiting the following websites.

Acknowledgment of paternity – child born of marriage (biological father is different than husband)

This Acknowledgment of Paternity Affidavit is used to add the biological father to a child's birth certificate if the mother was married to someone other than the biological father at the time of the child's birth or if she had not been divorced at least 300 days prior to the child's birth.

- Fill out sections I, II, III, and V on the "Acknowledgment of Paternity Worksheet."
- This form requires the notarized signatures of the mother, the husband/ex-husband, and the biological father.
- Mother, father, and husband/ex-husband must sign the AOP and present a valid picture ID or passport.
- In order for this form to be accepted, it must accompany a DNA-based paternity test identifying the father with at least a 99.9% probability from a DNA testing laboratory. This needs to be a legal notarized DNA test. Contact Child Support Enforcement Services for lab locations. 1.888.LAHELP.U (1.888.524.3578).

If father is under 18 years of age.

If the father is under 18 years of age at the time the baby is born, then his legal guardian must also sign the AOP Affidavit.

- The father's legal guardian must have a valid ID or passport.
- The father must have a copy of his birth certificate.
- If the father's father is listed on the birth certificate, then he is considered the legal guardian.
- The father's mother can act as legal guardian if no father is listed on the birth certificate or she has sole legal custody. A court order signed by a judge that shows sole custody for mother may be required.



FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (PÁGINA 1 DE 3)

- Complete TODOS los espacios en blanco.
- Un coordinador de certificados de nacimiento se reunirá con usted la mañana siguiente al nacimiento de su bebé. Tenga el formulario completo.
- La Oficina de Certificados de Nacimiento está cerrada los fines de semana y días festivos. **Si no podemos reunirnos con usted antes del alta, deje el paquete completo con la enfermera** y nuestra oficina se comunicará con usted después del alta.
- Tanto la madre como el padre deben tener un documento de identidad válido, licencia de conducir o pasaporte.
- Los padres solteros que deseen incluir al padre del bebé en el certificado de nacimiento también deben completar la "Hoja de reconocimiento de paternidad" (última página del paquete). El padre biológico debe estar presente para firmar documentos adicionales.

SECCIÓN I. INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO			
Apellido del niño:		Primer nombre del niño:	
Segundo nombre del niño:		Sufijo del niño (Jr., Sr., II, III, etc.)	
Sexo del niño: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento: (dd/mm/aaaa) ____/____/____	
Lugar de nacimiento del bebé: <input type="checkbox"/> Lakeside <input type="checkbox"/> En camino al hospital (en la ambulancia, etc.) <input type="checkbox"/> Fuera del hospital (en casa, etc.)			
¿Quiere un número de Seguro Social para este niño?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Desea inscribir a su niño en el sistema de recordatorio de vacunación?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE			
Nombre legal ACTUAL de la madre:			
Apellido actual de la madre:		Primer nombre actual de la madre:	
Segundo nombre actual de la madre:		Sufijo actual de la madre (Jr., Sr., II, III, etc.)	
Nombre de la madre ANTES del primer matrimonio (NOMBRE DE SOLTERA) <input type="checkbox"/> Marque si es el mismo que el nombre legal actual			
Apellido de soltera de la madre:		Primer nombre de soltera de la madre:	
Segundo nombre de soltera de la madre:		Sufijo de soltera de la madre (Jr., Sr., II, III, etc.)	
Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____/____/____		Número del Seguro Social: <input type="checkbox"/> La madre no tiene un n.º de Seguro Social ____ - ____ - ____	
Correo electrónico de la madre:		Número de teléfono celular de la madre: () ()	Número de teléfono residencial de la madre: () ()
Lugar de nacimiento de la madre: (ubicación del hospital, en caso de haber nacido en un hospital)			
País: _____		Estado/Departamento: _____	Ciudad: _____
Residencia actual de la madre:			
Dirección: _____		N.º de apto. _____	Estado: _____
Parroquia/condado: _____		Ciudad: _____	Código postal: _____
Dirección de correo postal de la madre: <input type="checkbox"/> Igual que la residencia actual			
Dirección: _____		N.º de apto. _____	Estado: _____
Parroquia/condado: _____		Ciudad: _____	Código postal: _____



FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (PÁGINA 2 DE 3)

SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE - CONTINUACIÓN

Información sobre el matrimonio/divorcio:
 ¿Ha estado la madre casada alguna vez (actualmente o anteriormente)?
 Sí la respuesta es sí, ingrese la fecha de matrimonio: _____
 No. (Para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento, complete el "Formulario de reconocimiento de paternidad")
 ¿La madre está divorciada?
 Sí la respuesta es sí, ingrese la fecha en que el divorcio fue legalmente finalizado: _____
 No
 Si estaba casada al momento de la concepción (dentro de los 300 días anteriores al nacimiento del niño), ¿el padre biológico es alguien diferente del esposo/exesposo?
 Sí. (Para incluir al padre biológico en el certificado de nacimiento, complete el "Formulario de reconocimiento de paternidad")
 No

<p>Nivel de educación de la madre: Marque la casilla que mejor describa el título o nivel de educación más alto completado antes del parto:</p> <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Graduada de la secundaria o GED <input type="checkbox"/> Algunos créditos de la universidad, pero sin un título <input type="checkbox"/> Asociado (p. ej., AA, AS) <input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MED, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)	<p>¿Es la madre de origen hispano? Marque la casilla que mejor describa si la madre es española/hispana/latina. Marque la casilla que dice "No" si la madre no es española/hispana/latina:</p> <input type="checkbox"/> No, no es española/hispana/latina <input type="checkbox"/> Sí, es mexicana, mexicana estadounidense, chicana <input type="checkbox"/> Sí, es puertorriqueña <input type="checkbox"/> Sí, es cubana <input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen español/hispano/latino Especifique: _____	<p>La raza de la madre: Marque una o más razas para indicar qué se considera la madre:</p> <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> India estadounidense o nativa de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal) <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro origen asiático (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Guameña o chamorra <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico (especifique) _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____
--	--	---

SECCIÓN III. INFORMACIÓN MÉDICA DE LA MADRE

<p>¿Recibió la madre atención prenatal? (Atención médica por parte de un médico o una partera durante el embarazo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>Fecha de la primera visita de atención prenatal: _____ / _____ / _____</p>	<p>Fecha de la visita de atención prenatal más reciente: _____ / _____ / _____</p>	<p>Cantidad total de visitas prenatales: _____</p>
---	--	---	--

<p>Estatura de la madre: _____ pies _____ pulgadas</p>	<p>Peso de la madre ANTES del embarazo: _____ lb.</p>	<p>Peso de la madre AL MOMENTO del parto: _____ lb.</p>
--	--	--

¿La madre amamantaba al recibir el alta? Sí No

¿Recibió la madre alimentos del programa WIC para sí misma durante el embarazo? Sí No

<p>Número de nacimientos vivos anteriores: Vivos ahora: _____ (SIN incluir a este niño) Muertos ahora: _____ (Nacidos vivos, actualmente fallecidos) Fecha del último nacimiento vivo (mm/aaaa) _____ / _____</p>	<p>Cantidad de resultados de otros embarazos: (aborto espontáneo o inducido, mortinato, pérdida de embarazo o embarazo ectópico) Cantidad de otros resultados: _____ Fecha del último resultado (mm/aaaa) _____ / _____</p>
---	--

<p>¿Fumaba cigarrillos antes o durante el embarazo? Para cada período, ingrese la cantidad de cigarrillos que fumaba por día. Si no fumaba, ingrese "0". <input type="checkbox"/> Nunca fumó durante el embarazo Tres meses antes del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____ Primer trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____ Segundo trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____ Tercer trimestre del embarazo.....cantidad de cigarrillos por día _____</p>	<p>Todas las fuentes de pago para este parto: <input type="checkbox"/> Medicaid Número de Medicaid (13 o 16 dígitos) _____ <input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Pago particular <input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____</p>
---	--



FORMULARIO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO (PÁGINA 3 DE 3)

¿La madre bebió alcohol durante el embarazo? Sí No Si la respuesta es Sí, ¿número de bebidas por semana en promedio?

Fecha del inicio del último ciclo menstrual normal (dd/mm/aaaa): ____ / ____ / ____

SECCIÓN IV. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/PROGENITOR

Nombre del padre/progenitor **ANTES** del primer matrimonio:

Apellido del padre/progenitor:	Primer nombre del padre/progenitor:
Segundo nombre del padre/progenitor:	Sufijo del padre/progenitor: (Jr., Sr., II, III, etc.)

Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ____ / ____ / ____	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número del Seguro Social: ____ - ____ - ____	<input type="checkbox"/> El padre/progenitor no tiene un n.º del Seguro Social
--	--	---	--

Correo electrónico del padre/progenitor:	Número de teléfono celular del padre/progenitor: ()
--	--

Lugar de nacimiento del padre/progenitor: (ubicación del hospital, en caso de haber nacido en un hospital)

País: _____ Estado/Departamento: _____ Ciudad: _____

<p>Nivel de educación del padre/progenitor: (marque la casilla que mejor describa el título o nivel de educación más alto alcanzado antes del parto)</p> <p><input type="checkbox"/> 8.º grado o menos</p> <p><input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma</p> <p><input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria o GED</p> <p><input type="checkbox"/> Algunos créditos de la universidad, pero sin un título</p> <p><input type="checkbox"/> Asociado (p. ej., AA, AS)</p> <p><input type="checkbox"/> Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)</p> <p><input type="checkbox"/> Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, MED, MSW, MBA)</p> <p><input type="checkbox"/> Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)</p>	<p>¿Es el padre/progenitor de origen hispano? (Marque la casilla que mejor describa si el padre/progenitor es español/hispano/latino. Marque la casilla que dice "No" si el padre/progenitor no es español/hispano/latino)</p> <p><input type="checkbox"/> No, no es español/hispano/latino</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es mexicano, mexicano estadounidense, chicano</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es puertorriqueño</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es cubano</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen español/hispano/latino Especifique: _____</p>	<p>Raza del padre/progenitor: (marque una o más razas para indicar qué se considera el padre/progenitor)</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska (nombre de la tribu inscrita o principal) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Indio asiático _____</p> <p><input type="checkbox"/> Chino</p> <p><input type="checkbox"/> Filipino</p> <p><input type="checkbox"/> Japonés</p> <p><input type="checkbox"/> Coreano</p> <p><input type="checkbox"/> Vietnamita</p> <p><input type="checkbox"/> Otro origen asiático (especifique): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</p> <p><input type="checkbox"/> Guameño o chamorro</p> <p><input type="checkbox"/> Samoano</p> <p><input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico (especifique) _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____</p>
---	--	--

Yo, quien suscribe, certifico que la información que se indica arriba es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre en letra de imprenta de la persona que completa el formulario:	Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre/progenitor <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--

Firma de la madre o del padre/progenitor: X	Fecha:
---	--------

NOTA: Los padres que no estén casados o que deseen establecer la paternidad de forma extramatrimonial también deben completar el "Formulario de reconocimiento de paternidad" por separado para establecer la paternidad del padre biológico.





FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD PÁGINA 1 DE 1

NOTA: Los padres casados **NO** deben completar este formulario, salvo que deseen establecer la paternidad de forma extramatrimonial. Consulte la hoja informativa "establecer la paternidad" o hable con un coordinador de certificados de nacimiento llamando al **(504) 780-4524 or ext 4524** para obtener más detalles sobre cómo establecer la

SECCIÓN I. INFORMACIÓN DEL NIÑO (como aparece en el Formulario del certificado de nacimiento)

Apellido del niño:	Primer nombre del niño:
Segundo nombre del niño:	Sufijo del niño (Jr., Sr., II, III, etc.)

SECCIÓN II. INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

Nombre del empleador de la madre: <input type="checkbox"/> Actualmente desempleada	Ocupación/cargo de la madre:	Número de teléfono de la madre: ()
Dirección del empleador de la madre: Dirección: _____ N.º de oficina _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
¿Tiene la madre seguro de salud privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:

SECCIÓN III. INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE BIOLÓGICO

Dirección residencial del padre: Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
Nombre del empleador del padre: <input type="checkbox"/> Actualmente desempleado	Ocupación/cargo del padre:	Número de teléfono de la madre: ()
Dirección del empleador del padre: Dirección: _____ N.º de oficina _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____		
¿Tiene el padre seguro de salud privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es SÍ, indique el nombre de la compañía de seguros:	Número de póliza:

SECCIÓN IV. TUTOR DEL PADRE* (si el padre es menor de 18 años al momento del nacimiento del bebé)

Apellido del tutor del padre:	Primer nombre del tutor del padre:
Segundo nombre del tutor del padre:	Sufijo del tutor del padre: (Jr., Sr., II, III, etc.)
Dirección del tutor del padre: Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	

SECCIÓN V. ESPOSO/EXESPOSO (si la madre estaba casada al momento de la concepción [dentro de los 300 días posteriores a la misma])

Apellido del esposo/exesposo:	Primer nombre del esposo/exesposo:
Segundo nombre del esposo/exesposo:	Sufijo del esposo/exesposo: (Jr., Sr., II, III, etc.)
Dirección del esposo: Dirección: _____ N.º de apto. _____ Estado: _____ Parroquia/condado: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____	

