## Estado de Georgia Acta de nacimiento

Número de expediente estatal:

Primer nom <u>bre</u>	Segundo nomb	re	Apellido(s) Sufijo	
	Hora de nacimiento: a. m./p. m.	Sexo Masculino		ro médico/hospital:
(mes/dia/año)	(HH:MM)	Femenino		
Dirección completa/lu	gar del parto si no fue en un ho	ospital: C	ondado <u>Hall</u>	
Calle y número	743 Spring St	Ciudad Gainesville	Estado GA	Código postal 30501
Nombre legal actua	al de la madre			
	Segundo nomb	ore	Apellido(s)	
Fecha de nacimiento//(mes/dia/año)	Lugar de nacimiento (estado/	territorio) País	de nacimiento Núme	ero de Seguro Social
, ,	e Seguro Social para el niño?	خ	Está la madre casada?	
	Sí □ No		I Sí □No □No sabe □	
Si no está casada, ¿se paternidad en el hospi	e firmó el Reconocimiento de ital?		echa en que se firmó el aternidad:	Reconocimiento de
□Sí □No □No sabe	l .	_		
Nombre de la madre	e antes de su primer matrim	onio	(mes/dia/año)	
Primer nombre	Segundo nomb		Apellido(s)	
Domicilio Actua				
Calle y número		Ciudad	Estado	Código postal
Colle Condado	País	¿Está dentro de 🛘 lo	s límites de la ciudad? 🗆	Sí □No □No sabe
Número de teléfono (	)	Años M	eses en el domicili	o actual
	a madre:	وHay antecedentes د	de sordera infantil en la fa	milia? □Sí □No
Nivel de estudios de la	a madre:	• •	de sordera infantil en la fa industria:	
Nivel de estudios de la Ocupación de la madi		Tipo de negocio o		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Nivel de estudios de la Ocupación de la madi ¿Es la madre de orige	re:	Tipo de negocio o □ Sí □ No S	industria: ii respondió Sí, marque c	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Nivel de estudios de la Ocupación de la madi ¿Es la madre de orige	re: en o ascendencia hispana?	Tipo de negocio o □ Sí □ No S na Portorriqueña	industria: ii respondió Sí, marque d Cubana *Otra españ	on un círculo:
Nivel de estudios de la Ocupación de la made ¿Es la madre de orige Mexicana/n *Otra (especifique)	re: en o ascendencia hispana?	Tipo de negocio o  Sí No S  na Portorriqueña	industria: ii respondió Sí, marque d Cubana *Otra españ	on un círculo: ola/hispana/latina
Nivel de estudios de la Ocupación de la madra ¿Es la madre de orige Mexicana/i *Otra (especifique)  Raza de la madre (ma	re:en o ascendencia hispana? mexicana-estadounidense/chican rque con un círculo todas las que nca India asiática China I	Tipo de negocio o  Sí No S  na Portorriqueña No sabe c correspondan):  Filipina Japonesa  ña/chamorra Samoa	industria: ii respondió Sí, marque d Cubana *Otra españ □No contesta □No Coreana Negra/afrod ana *India americana/na	on un círculo:  ola/hispana/latina  disponible  americana
Nivel de estudios de la Ocupación de la madre ¿Es la madre de orige Mexicana/n  *Otra (especifique)  Raza de la madre (ma Bla Vietnam  *Especifique	re:en o ascendencia hispana? mexicana-estadounidense/chican rque con un círculo todas las que inca India asiática China I	Tipo de negocio o  □ Sí □ No S  na Portorriqueña □  □ No sabe □  e correspondan):  Filipina Japonesa  ña/chamorra Samoa  Otra asiática (espec	industria: ii respondió Sí, marque o Cubana *Otra españ  No contesta No Coreana Negra/afro ana *India americana/na cifique)	on un círculo:  ola/hispana/latina  disponible  americana ativa de Alaska
Nivel de estudios de la Ocupación de la madre de orige Mexicana/n *Otra (especifique) Raza de la madre (ma Bla Vietnam *Especifique Otra de las islas del Pa	re:en o ascendencia hispana? mexicana-estadounidense/chican rque con un círculo todas las que nca India asiática China I	Tipo de negocio o  Sí No S  na Portorriqueña  No sabe c correspondan):  Filipina Japonesa  ña/chamorra Samoa  Otra asiática (espec	industria: ii respondió Sí, marque o Cubana *Otra españ  No contesta No Coreana Negra/afro ana *India americana/na cifique)	on un círculo:  ola/hispana/latina  disponible  americana

	Segundo no	mbre		Apellido(s) Sufijo	
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (estado	o/territorio) País de n	acimiento	Número	de Seguro Social
(mes/dia/año)	Domicili	io: □lgual que la m	nadre	Condado _	
Calle y número	Ciudad	Estado		Código postal	
PIC 1					
Nivel de estudios del pa	adre:				
Ocupación del padre:_		Tipo de negocio	o industria:		
¿Es el padre de origen	o ascendencia hispana?	□ Sí □ No	Si respond	ió Sí, marque con ur	círculo:
Mexicano/m	nexicano-estadounidense/chica	ano Portorriqueño	Cubano	*Otro español/hispa	ano/latino
*Otro (especifique)		☐ No sabe	□No contes	sta   No dispon	ible
	con un círculo todas las que d	correspondan):			
• • • •	co Indio asiático Chino		Coroano	Negro/afroamerica	70
	a Nativo de Hawái Guame			americano/nativo de	Alaska
Otra de las islas del Pací	fico (especifique)		□No :	sabe   No contesta	□No disponible
AAAN Y					
pa (A.C.)	te médico de la madre	S. C. Commission of the St. St. St. Commission of the St. St.		and the second s	*
Calle		Ib	□No sabe		
The sales of the St.	del embarazo		1.344.11		
BEREE	mento del parto	lb	□No sabe		
A 14.	ura de la madre pies _				
Aitt	pico	pulgadas	□No sabe		
Ç.	ió la madre alimentos del Pro			ntaria	
¿Recibi		ograma de Nutrició	n Compleme		□No sabe
Recibiع WI)	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y	ograma de Nutrició	n Compleme e embarazo?	P □Sí □No	□No sabe
¿Recibi	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y	ograma de Nutrición y Niños durante este	n Compleme e embarazo? ¿cuántos ci	P □Sí □No	
Recibi (Wli La madre, ¿fuma/fumó o □Sí □No □No sabe	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos? res meses antes del embara	ograma de Nutrición y Niños durante esto Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo	n Compleme e embarazo a ¿cuántos ci los	? □Sí □No garrillos fumó?	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó o □Sí □No □No sabe Ti	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos? res meses antes del embara Primer trimestre de embara	ograma de Nutrición y Niños durante esto Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los O	? □Sí □No garrillos fumó?	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó o □Sí □No □No sabe Ti	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos? res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo	n Compleme e embarazora ¿cuántos ci los - O	? □Sí □No garrillos fumó?	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó o □Sí □No □No sabe Tí	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos? res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los O	? □Sí □No garrillos fumó?	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó d □Sí □No □No sabe Ti Se Información del infor	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos? res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo	n Compleme e embarazora ¿cuántos ci los - O	garrillos fumó? cantidad de paquete:	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó d □Sí □No □No sabe Ti Se Información del infor Primer nombre	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara. Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	? □Sí □No garrillos fumó?	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó d □Sí □No □No sabe Ti Se Información del infor	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara. Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	garrillos fumó? cantidad de paquete	
¿Recibi (WI La madre, ¿fuma/fumó o □Sí □No □No sabe Ti Se Información del infor Primer nombre Relación con el niño	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	garrillos fumó? cantidad de paquete	
¿Recibi (Wil La madre, ¿fuma/fumó d □Sí □No □No sabe Ti Se Información del infor Primer nombre	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom (#)	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo bbre Fecha en que firma	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	garrillos fumó? cantidad de paquete	S
¿Recibi  (Will  La madre, ¿fuma/fumó  Se  Información del infor  Primer nombre  Relación con el niño  Previos nacimientos vivo  Cantidad de hijos fallecido	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (III)	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo nbre Fecha en que firma no incluir este) □ Ninguno □ No sabe	n Compleme e embarazo? ¿cuántos ci los -	garrillos fumó? cantidad de paquete:	s
¿Recibi (Will La madre, ¿fuma/fumó □Sí □No □No sabe  Tri Se Información del infor Primer nombre Relación con el niño Previos nacimientos vivo Cantidad de hijos fallecido Cantidad de perdidas d	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: ctualmente os actualmente le embarazos	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo nbre Fecha en que firma no incluir este) □ Ninguno □ No sabe	n Compleme e embarazo? ¿cuántos ci los -	Apellido  /	s
¿Recibi  (Will  La madre, ¿fuma/fumó  Se  Información del infor  Primer nombre  Relación con el niño  Previos nacimientos vivo  Cantidad de hijos fallecido	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: ctualmente os actualmente le embarazos	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo nbre Fecha en que firma no incluir este) □ Ninguno □ No sabe	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	garrillos fumó? cantidad de paquete:	o vivo
¿Recibi (Will La madre, ¿fuma/fumó d □Sí □No □No sabe  Ti Se Información del infor Primer nombre Relación con el niño Previos nacimientos viv. Cantidad de hijos fallecido Cantidad de perdidas d (aborto espontáneo o por en	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (iii) ctualmente os actualmente le embarazos mbarazo ectópico)	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo hbre Fecha en que firma no incluir este) Ninguno □ No sabe □ Ninguno □ No sabe	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	Apellido  /	o vivo
¿Recibi  (Will  La madre, ¿fuma/fumó d  □Sí □No □No sabe  Ti  Se  Información del infor  Primer nombre  Relación con el niño  Previos nacimientos viv.  Cantidad de hijos vivos ac  Cantidad de hijos fallecido  Cantidad de perdidas d  (aborto espontáneo o por el	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (#) ctualmente os actualmente le embarazos mbarazo ectópico)	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo nbre Fecha en que firma no incluir este) Ninguno □ No sabe □ Ninguno □ No sabe	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	Apellido  /	o vivo
¿Recibi (Will La madre, ¿fuma/fumó d □Sí □No □No sabe  Ti Se Información del infor Primer nombre  Relación con el niño Cantidad de hijos vivos ac Cantidad de hijos fallecido Cantidad de perdidas d (aborto espontáneo o por er  Fecha de su última con Fecha de su última con	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (iii ctualmente le embarazos mbarazo ectópico)  sulta de asistencia prenatal esulta de asistencia prenatal	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo Niños Ninguno No sabe Ninguno No sabe Ninguno No sabe	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	Apellido  /	o vivo
¿Recibi  (Will  La madre, ¿fuma/fumó d  Sí No No sabe  Ti  Sé  Información del infor  Primer nombre  Relación con el niño  Previos nacimientos viv. Cantidad de hijos vivos ac  Cantidad de hijos fallecido  Cantidad de perdidas d  (aborto espontáneo o por er  Fecha de su primera cons  Fecha de su última con  Cantidad total de consu	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (() ctualmente le embarazos mbarazo ectópico)  sulta de asistencia prenatal ultas de asistencia prenatal:	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo Niños Ninguno No sabe Ninguno No sabe Ninguno No sabe	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	Apellido  (mes/dia/año)  Fecha del último nacimiento  (mes/dia/año)  Fecha del último otr  senlace de embaraz  Sin asistenco)  No sabe	o vivo  o / / o (mes/dia/año
¿Recibi  (Will  La madre, ¿fuma/fumó d  Sí No No sabe  Ti  Se  Información del infor  Primer nombre  Relación con el niño  Previos nacimientos viv. Cantidad de hijos vivos ac  Cantidad de perdidas d  (aborto espontáneo o por er  Fecha de su primera cons  Fecha de su última con  Cantidad total de consu  (Si no ti	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (() ctualmente cos actualmente le embarazos mbarazo ectópico)  sulta de asistencia prenatal ultas de asistencia prenatal: uvo, escriba "0") □No sabe n última menstruación norma	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo zo Niños Ninguno □ No sabe Ninguno □ No sabe Ninguno □ No sabe	n Compleme e embarazo ¿cuántos ci los -	Apellido  /	o vivo  o / / o (mes/dia/año
¿Recibi  (Will  La madre, ¿fuma/fumó d  Sí No No sabe  Ti  Se  Información del infor  Primer nombre  Relación con el niño  Previos nacimientos viv. Cantidad de hijos vivos ac  Cantidad de perdidas d  (aborto espontáneo o por er  Fecha de su primera cons  Fecha de su última con  Cantidad total de consu  (Si no ti	ió la madre alimentos del Pro C) para Mujeres, Lactantes y cigarrillos?  res meses antes del embara Primer trimestre de embara egundo trimestre de embara Tercer trimestre de embara rmante Segundo nom  vos: (#) (ii ctualmente le embarazos mbarazo ectópico)  sulta de asistencia prenatal ultas de asistencia prenatal: uvo, escriba "0") □No sabe n última menstruación norma □Información	ograma de Nutrición y Niños durante este Si respondió Sí, cantidad de cigarrill zo zo zo zo nbre Fecha en que firma no incluir este) Ninguno  No sabe Ninguno  No sabe Ninguno  No sabe	recomplemente e embarazo a ¿cuántos ci los complemente complemente e embarazo a ¿cuántos ci los complemente comple	Apellido  (mes/dia/año)  Fecha del último nacimiento (mes/dia/año)  Fecha del último otr senlace de embaraz  Sin asisteno O)  No sabe	o vivo  o / / o (mes/dia/año