



División De Vitales Del Secretario Del Condado de Dallas

500 Elm St., Suite #2100
Dallas, Texas 75202
(214) 653-7099

Documentación Requerida Para el Registro de Nacimiento en el Hogar

1. Identificación de los padres:

El documento identificativo, con fotografía, se presentará en el siguiente orden de preferencia:

- Un pasaporte o certificado de naturalización
- Una tarjeta de identificación del servicio militar o de dependiente militar
- Una tarjeta de identificación del gobierno de EE. UU. o una tarjeta de identificación nacional emitida por otro país
- Licencia de conducir vigente u otra tarjeta de identificación estatal
- Una tarjeta de recibo de registro de extranjero
- Una tarjeta de identificación de empleado o estudiante, con fotografía.

[25 TAC §181.26 (d)]

2. Hoja de Trabajo de Los Padres Para el Certificado de Nacimiento del Hijo (VS-109.1)

3. Hoja de Trabajo de Datos Médicos Para el Certificado de Nacimiento del Niño (VS109.2)

Este formulario lo proporciona el hospital. Se ha incluido un formulario de muestra para su conveniencia.

4. Formulario de Registro de Recién Nacidos del Registro de Inmunizaciones ImmTrac2 (F11-11936)

5. Prueba de Embarazo:

- Una declaración jurada notariada presentada por un proveedor de atención médica con licencia, registrado o certificado que esté calificado para determinar el embarazo como parte del alcance de su licencia, registro o certificación; o
- Una declaración jurada (notariada) junto con una fotocopia de la identificación (por ejemplo, una licencia de conducir o identificación del gobierno, etc.) presentada por una persona, que no sean los padres, que tenga conocimiento del embarazo / nacimiento.

6. Prueba de que nació un bebé vivo:

- Un registro médico o una carta de una institución médica o proveedor de atención médica con licencia, registrado o certificado; o
- Una declaración jurada (notariada) junto con una fotocopia de la identificación (por ejemplo, una licencia de conducir o identificación del gobierno, etc.) presentada por una persona, que no sean los padres, que tenga conocimiento del embarazo / nacimiento.

7. Prueba de que el nacimiento ocurrió en el distrito de registro:

- Si el nacimiento ocurrió fuera del lugar de residencia principal de la madre, la prueba consistirá en una declaración jurada ante notario junto con una fotocopia de la identificación de una persona que tenga conocimiento de la presencia de la madre en el distrito de registro en la fecha del nacimiento.
- Si el nacimiento ocurrió en el lugar de residencia principal de la madre, prueba de residencia en el siguiente orden de preferencia:
 - Una factura de servicios públicos, teléfono u otra factura, que incluya el nombre y la dirección de la madre;
 - Un recibo de alquiler que incluya el nombre de la madre, la dirección y la firma del propietario de la madre;
 - Una licencia de conducir o una tarjeta de identificación emitida por el estado, que incluye la dirección actual de la madre en el anverso de la licencia o tarjeta;
 - Un sobre dirigido a la madre en su lugar de residencia, y matasellos antes de la fecha de nacimiento; o
 - Una declaración jurada (notariada) que acredite el lugar de residencia de la madre junto con una fotocopia de la identificación de una persona, que no sea el padre, que vivía con la madre en el momento del presunto nacimiento, o tiene otro conocimiento de la residencia de la madre.

8. Prueba de que el nacimiento del bebé ocurrió en la fecha indicada:

- Un expediente médico o una carta de una institución médica o proveedor de atención médica con licencia, registrado o certificado; o
- Una declaración jurada (notariada) presentada por una persona junto con una fotocopia de la identificación, que no sean los padres, con conocimiento del embarazo / nacimiento.
[25 TAC §181.26 (c)]

Si el nacimiento ocurrió dentro de los límites de la ciudad de Dallas, llame a la oficina de Estadísticas Vitales de la Ciudad de Dallas al 214-670-3248.

Hoja de trabajo de la madre sobre el acta de nacimiento de su criatura

FOR HOSPITAL USE ONLY (Sólo para el uso del hospital):

MOTHER MR# _____ NEWBORN MR# _____
 MEDICAID # _____ DELIVERING DR _____ RM # _____

La información que usted proporciona en esta hoja de trabajo se usa para crear el acta de nacimiento de su criatura. El acta de nacimiento es un documento legal utilizado para comprobar la edad, la ciudadanía y el linaje familiar de su criatura. Él / ella utilizará el acta de nacimiento durante toda su vida. El Estado de Texas salvaguarda contra la divulgación no-autorizada de información particular en las actas de nacimiento para proteger la confidencialidad de los padres y su criatura.

Favor de escribir sus respuestas en LETRA DE MOLDE exacta y cuidadosamente porque el tener que corregir equivocaciones es difícil y costoso.

LUGAR DE NACIMIENTO DE LA CRIATURA

Nombre del hospital o lugar	Dirección	Estado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Condado	Ciudad	Código postal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

INFORMACIÓN SOBRE LA CRIATURA

Hora de nacimiento	Fecha de nacimiento	Pluralidad (favor de marcar uno)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> AM / PM <input type="text"/> Único / Gemelo / Trillizo / Cuatrillizo / Quintillizo
Orden de nacimiento (favor de marcar uno)	¿Cuántos bebés nacieron vivos en este parto? (favor de marcar uno)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Primero / Segundo / Tercero / Cuarto / Quinto	Uno / Dos / Tres / Cuatro / Cinco	

NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NOMBRE LEGAL DE LA CRIATURA

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DIRECCIÓN DE DOMICILIO DE LA MADRE

Dirección residencial	Número del apartamento	Estado / País	Condado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión	¿Está dentro de los límites de la ciudad?	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

DIRECCIÓN POSTAL DE LA MADRE (Si es la misma que la dirección de domicilio, DEJE EN BLANCO ESTA SECCIÓN)

Dirección postal	Número de apartamento	Estado / País
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión	¿Está dentro de los límites de la ciudad?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

VS-109.1A REV 2/2005

INFORMACIÓN SOBRE LA MADRE

Fecha de nacimiento

Lugar de nacimiento (Estado / País / Territorio)

Número de seguro social

--	--	--

¿Solicita seguro social para el bebé?

¿Renunció la madre a los derechos de la criatura?

Fecha de renuncia a los derechos

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
---	---	--

Ocupación

Tipo de Negocio

--	--

Educación de la madre

- 8° grado escolar o menos
- 9° – 12° grado, sin diploma
- Se graduó del colegio o completó el programa de *GED*
- Algunos créditos universitarios, pero sin título
- Título de asociado (e.g., AA, AS)
- Bachillerato (e.g., BA, AB, BS)
- Maestría (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA)
- Doctorado (e.g., PhD, EdD) o Título profesional (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)

¿Es la madre de origen hispano?

- No, no es de origen español / hispano / latino
- Sí, de origen mexicano, mexicano-americano, chicano
- Sí, de origen puertorriqueño
- Sí, de origen cubano
- Sí, de otro origen español / hispano / latino
Especifique _____

¿Cuál es la raza de la madre?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> blanca | <input type="checkbox"/> vietnamita |
| <input type="checkbox"/> negra / africano-americana | <input type="checkbox"/> otra asiática _____ |
| <input type="checkbox"/> indio-americana / nativo de Alaska
(Nombre de la tribu registrada o principal) | <input type="checkbox"/> nativo de Hawai |
| _____ | <input type="checkbox"/> guameña o chamorra |
| <input type="checkbox"/> indio-asiática | <input type="checkbox"/> samoana |
| <input type="checkbox"/> china | <input type="checkbox"/> de otra isla pacífica |
| <input type="checkbox"/> filipina | Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> japonesa | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
| <input type="checkbox"/> coreana | <input type="checkbox"/> Desconocida |

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DE LA MADRE

¿Recibió WIC para este parto?

Altura

Peso antes del embarazo

Peso al día del parto

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
---	--	--	--

¿Cuántos cigarrillos fumó usted antes de y durante el embarazo?

Tres meses antes Cigs/Día: ____ Paquetes / día: ____ **Primeros tres meses** Cigs / Día: ____ Paquetes / día: ____
Segundo trimestre Cigs/Día: ____ Paquetes / día: ____ **Tercer trimestre** Cigs / Día: ____ Paquetes / día: ____

ESTADO CIVIL (Favor de leer esto cuidadosamente)

- Si está casada, usted puede registrar a su esposo en el acta de nacimiento como el padre, o puede dejar esta información en blanco.
- Si no está casada, usted puede registrar el nombre del padre solamente y cuando los dos padres completen un formulario llamado "*Acknowledgement of Paternity*" (Reconocimiento de Paternidad.)
- Si está o ha estado casada con otro hombre que no es el padre de esta criatura o, si ha estado casada con otro hombre que no es el padre biológico durante los 300 días antes del nacimiento de esta criatura, el Reconocimiento de Paternidad deberá de incluir también un formulario llamado "*Denial of Paternity*" (Negación de Paternidad) firmado por su esposo o ex-esposo para permitir que se inscriba la información del padre biológico en el acta de nacimiento.

<input type="checkbox"/> Sí , Casada actualmente	<input type="checkbox"/> Sí , Nunca casada	<input type="checkbox"/> Sí , Divorciada	<input type="checkbox"/> Sí , Viuda
---	---	---	--

Sí, Casada—(ninguna información de paternidad en el acta de nacimiento)

¿Ha estado casada con otro hombre que no es el padre biológico de esta criatura en los 300 días antes del nacimiento?
 Sí **No**

¿Quiere llenar un formulario de "*Acknowledgement Of Paternity*" (Reconocimiento de Paternidad)? **Sí** **No**

NOMBRE DE LA MADRE ANTES DE SU PRIMER MATRIMONIO

Primer nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

--	--	--	--

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE (padre biológico)

Primer nombre <u>legal</u>	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento (Estado / País / Territorio)	Número de seguro social	
Ocupación	Tipo de Negocio		
Educación del padre <input type="checkbox"/> 8° grado escolar o menos <input type="checkbox"/> 9° – 12° grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Se graduó del colegio o completó el programa de GED <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero sin título <input type="checkbox"/> Título de asociado (e.g., AA, AS) <input type="checkbox"/> Bachillerato (e.g., BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (e.g., MA, MS, MEng, MEd, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (e.g., PhD, EdD) o Título profesional (e.g., MD, DDS, DVM, LLB, JD)	¿Es el padre de origen hispano? <input type="checkbox"/> No, no es de origen español / hispano / latino <input type="checkbox"/> Sí, es de origen mexicano, mexicano-americano, chicano <input type="checkbox"/> Sí, es de origen puertorriqueño <input type="checkbox"/> Sí, es de origen cubano <input type="checkbox"/> Sí, es de otro origen español / hispano / latino Especifique _____	¿Cuál es la raza del padre? <input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> negra / africano-americana <input type="checkbox"/> indio-americana / nativo de Alaska (Nombre de la tribu registrada o principal) <input type="checkbox"/> indio-asiática <input type="checkbox"/> china <input type="checkbox"/> filipina <input type="checkbox"/> japonesa <input type="checkbox"/> coreana <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otra asiática <input type="checkbox"/> nativo de Hawai <input type="checkbox"/> guameña o chamorra <input type="checkbox"/> samoana <input type="checkbox"/> de otra isla pacífica Especifique _____ <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Desconocida	

¿Han hecho pruebas genéticas o de paternidad?	Dirección postal	Número del apartamento
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Estado / País / Territorio	Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión

INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE PRESUNTO (Complete esto SÓLO si se aplica)

Fecha de nacimiento	Número de seguro social		
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección postal	Número del apartamento	Estado / País / Territorio	
Ciudad / Pueblo / Lugar	Código postal / Extensión		

INFORMACIÓN SOBRE EL MEDICAID DE LA MADRE (Complete esto SÓLO si se aplica)

Nombre que usa la madre para Medicaid	Número de la cédula para Medicaid de la madre

REGISTRO DE IMMTRAC

¿Da usted su consentimiento para que incluyan la información sobre las inmunizaciones de su bebé en el Registro estatal de inmunizaciones, y para que compartan la información sobre las inmunizaciones con proveedores registrados?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Medical Data Worksheet for Child's Birth Certificate

This form to be completed by hospital staff. This data will be used to populate the medical data portion of the birth certificate for the newborn. The medical data is required to be reported within five days of the birth. **[HSC §192.003]**

PATIENT REFERENCE:

MOTHER MR# _____

NEWBORN MR# _____

MOTHER'S NAME _____

NEWBORN NAME _____

MEDICAID# _____

DOB _____

DELIVERING DR _____

DATE AOP SENT _____

MOTHER TRANSFERRED _____

SOURCE OF PAYMENT FOR DELIVERY _____

 Born at Facility Born En Route Foundling Home BirthPrenatal Care Yes No Unknown

Date of First Visit ____/____/____

Date of Last Visit ____/____/____

Total Number of Prenatal Visits for this Pregnancy: _____

Date Last Normal Menses Began ____/____/____

Source of Prenatal Care (check all that apply)

 None Midwife Hospital Clinic Other, Specify _____ Public Health Clinic Unknown Private Physician

Risk Factors in this Pregnancy (check all that apply)

Diabetes Prepregnancy (diagnosis prior to this pregnancy) Gestational (diagnosis in this pregnancy)**Hypertension** Prepregnancy (chronic) Gestational (PIH, preeclampsia) Eclampsia Previous preterm birth Other previous poor pregnancy outcome (includes perinatal death, small-for-gestational age/intrauterine growth restricted birth) Pregnancy resulted from infertility treatment Fertility-enhancing drugs, artificial insemination or intrauterine insemination Assisted reproductive technology Mother had a previous cesarean delivery

If yes, how many? _____

 Antiretrovirals administered during pregnancy or at delivery None of the above**Pregnancy History**

Live births now living (Do not include **this** birth. For multiple deliveries, do not include the 1st born in the set if completing this worksheet for that child. If **none** enter "0".): _____

Live births now dead (Do not include **this** birth. For multiple deliveries, do not include the 1st born in the set if completing this worksheet for that child. If **none** enter "0".): _____

Date of last live birth: ____/____/____
MM YYYY

Number of other pregnancy outcomes (Include fetal losses of any gestational age. If this was a multiple delivery, include all fetal losses delivered before this infant in the pregnancy. If **none** enter "0".): _____

Date of last other pregnancy outcome: ____/____/____
MM YYYY**Infections Present and/or Treated During Pregnancy** (check all that apply) Gonorrhea Hepatitis B Syphilis Hepatitis C Chlamydia None of the above**HIV Test**HIV test done Prenatally Yes No Unknown
(check all that apply) First Trimester Third Trimester Second Trimester Unknown NoneHIV test done at Delivery Yes No UnknownInfant tested for HIV at birth Yes No Unknown

Obstetric Procedures (check all that apply)

- Cervical cerclage
- Tocolysis

External cephalic version

- Successful Failed
- None of the above

Characteristics of Labor & Delivery
(check all that apply)

- Induction of labor
- Augmentation of labor
- Non-vertex presentation
- Steroids (glucocorticoids) for fetal lung maturation received by mother prior to delivery
- Antibiotics received by mother during labor
- Chorioamnionitis or maternal temperature ≥ 38 degrees C or 100.4 degrees F
- Moderate/heavy meconium staining of the amniotic fluid
- Fetal intolerance of labor was such that one or more of the following actions was taken: in-utero resuscitative measures, further assessments, or operative delivery
- Epidural or spinal anesthesia during labor
- None of the above

Onset of Labor (check all that apply)

- Premature Rupture of the Membranes [prolonged ≥ 12 hours]
- Precipitous Labor [< 3 hours]
- Prolonged Labor [≥ 20 hours]
- None of the above

Method of Delivery

Was delivery with forceps attempted but unsuccessful?

- Yes No Unknown

Was delivery with vacuum extraction attempted but unsuccessful?

- Yes No Unknown

Fetal presentation at birth

- Cephalic Breech Other, _____

Final route and method of delivery

- Vagina/Spontaneous Vagina/Forceps Vagina/Vacuum

If cesarean, was a trial of labor attempted?

- Yes No Unknown Cesarean

Child's Health Information

Birth Weight _____ Grams, or _____ LB. _____ OZ.

Obstetric Estimate of Gestation (completed weeks): _____

Child's Sex: Male Female Not yet determined

Apgar Score: at 5 min: _____; (if less than 6) at 10 min: _____

Maternal Morbidity – Complications associated with Labor & Delivery (check all that apply)

- Maternal transfusion
- Third or fourth degree perineal laceration
- Ruptured uterus
- Unplanned hysterectomy
- Admission to intensive care unit
- Unplanned operating room procedure following delivery
- None of the above

Abnormal Conditions of the Newborn (check all that apply)

- Assisted ventilation required immediately following delivery
- Assisted ventilation required for more than six hours
- NICU admission
- Newborn given surfactant replacement therapy
- Antibiotics received by the newborn for suspected neonatal sepsis
- Seizure or serious neurologic dysfunction
- Significant birth injury (skeletal fracture(s), peripheral nerve injury, and/or soft tissue/solid organ hemorrhage which requires intervention)
- None of the above

Was Infant Transferred within 24 hours of Delivery?

- No Yes, Specify Facility _____

Is Infant Living at Time of Report?

- Yes No

Is Infant Being Breastfed at Discharge?

- Yes No

Hepatitis B Immunization given?

- Yes No

Congenital Anomalies of the Newborn (check all that apply)

- Anencephaly
- Meningocele/Spina bifida
- Cyanotic congenital heart disease
- Congenital diaphragmatic hernia
- Omphalocele
- Gastroschisis
- Limb reduction defect (excluding congenital amputation and dwarfing syndromes)
- Cleft lip with or without Cleft palate
- Cleft palate alone
- Down syndrome
- Karyotype confirmed
- Karyotype pending
- Suspected chromosomal disorder
- Karyotype confirmed
- Karyotype pending
- Hypospadias
- None of the above



ImmTrac2 Immunization Registry (RECIÉN NACIDO) FORMULARIO DE REGISTRO

(Favor de escribir claramente con letra de molde)

Grid for last name

Apellido del Niño(a)

Grid for first name

Nombre del Niño(a)

Grid for birth date

Fecha de Nacimiento del Niño(a)

*Solo recién nacidos.

Género: Masculino Femenino

Grid for mother's name

Nombre de la Madre

Grid for second name

Segundo Nombre del Niño(a)

Grid for mother's last name

Apellido de Soltera de la Madre

Grid for mother's address

Dirección de la Madre, Calle

Grid for apartment and phone

Apartamento # Teléfono

Grid for city

Ciudad

Grid for state, zip, and county

Estado Código Postal Condado

El registro de inmunización (ImmTrac) de Texas, es un servicio gratis que proporciona el Departamento Estatal de Servicios de Salud (DSHS). El registro de inmunización es un servicio seguro y confidencial que consolida y guarda el récord de inmunizaciones de su niño(a) (menores de 18 años de edad). Con su consentimiento, la información de la inmunización de su niño(a) será incluida en ImmTrac2. Los doctores, departamentos de salud pública, escuelas y otros profesionales autorizados pueden tener acceso al historial de inmunización de su niño(a) para asegurar que las vacunas importantes no le falten. El Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (DSHS) le anima a que participe voluntariamente en el registro de inmunización de Texas.

Consentimiento Para Registrar al Menor y Dar a Conocer los Documentos de Inmunización a las Entidades Autorizadas. Entiendo que, con mi consentimiento a continuación, autorizo que se dé a conocer la información de inmunización del menor al DSHS, y además entiendo que el DSHS incluirá esta información en el registro central de inmunización del estado ("ImmTrac2"). Una vez que la información del menor esté en ImmTrac2, por ley la puede acceder: el distrito de salud pública o el departamento de salud local, para propósitos de salud pública dentro de sus áreas de jurisdicción; el médico, o algún otro proveedor de atención de salud legalmente autorizado para administrar vacunas, en el tratamiento del menor como paciente; la agencia estatal que tenga la custodia legal del menor; la escuela o la guardería de Texas en que el menor esté inscrito; el pagador, actualmente autorizado por el Departamento del Seguro de Texas para operar en Texas, con respecto a la cobertura del menor. Entiendo que puedo retirar este consentimiento para incluir información sobre el menor en el Registro de ImmTrac2 y mi consentimiento para dar a conocer la información del registro en cualquier momento mediante comunicación escrita a Texas Department of State Health Services, ImmTrac Group – MC 1946, P. O. Box 149347, Austin, Texas 78714 - 9347.

Favor de marcar la caja [X] indicando la selección de su preferencia. [] YO AUTORIZO el consentimiento para registrarlo. Deseo INCLUIR la información de mi niño(a) en el registro de inmunización de Texas. [] YO NIEGO el consentimiento para registrarlo. Deseo EXCLUIR la información de mi niño(a) del registro de inmunización de Texas. Alguno de los padres, tutor legal o administrador de bienes: Escriba con letra de molde Fecha: Firma:

Notificación Sobre Privacidad: Tan solo por unas cuantas excepciones, usted tiene el derecho de solicitar y de ser informado sobre la información que el Estado de Texas reúne sobre usted. A usted se le debe conceder el derecho de recibir y revisar la información al requerirla. Usted también tiene el derecho de pedir que la agencia estatal corrija cualquier información que se ha determinado sea incorrecta. Diríjase a http://www.dshs.texas.gov para más información sobre la Notificación sobre privacidad. (Referencia: Government Code, sección 552.021, 552.023, 559.003 y 559.004)

Al rellenarlo, mándelo por fax o correo postal al Grupo ImmTrac2 del DSHS o a un proveedor de salud inscrito. ¿Tiene preguntas? (800) 348-9158 • (512) 776-7284 • www.ImmTrac.com • ImmTrac2 NB-2 Texas Department of State Health Services • ImmTrac2 Group – MC 1946 • P. O. Box 149347 • Austin, TX 78714-9347

BIRTH REGISTRARS Please enter newborn client information in the Texas Electronic Registrar and affirm that consent has been granted. DO NOT fax to DSHS. Retain this form in the client's birth record.

¡Felicitaciones por el nacimiento de su nuevo Tejanito!

Las Estadísticas Vitales de Texas le gustaría aprovechar esta oportunidad para responder algunas de las preguntas más frecuentes sobre los certificados de nacimiento en Texas.

¿Cómo obtengo una copia del certificado de nacimiento de mi bebé?

Puede solicitar y comprar una copia certificada del acta de nacimiento de su hijo en la oficina de registro local ubicada en la ciudad o condado donde ocurrió el nacimiento, o en la oficina de Estadísticas Vitales de Texas ubicada en Austin, Texas. Como otra opción, puede ordenar en línea en www.texas.gov.

Un *Acta de Nacimiento Certificada* es un documento legal permanente archivado en el estado de Texas que establece la identidad de su hijo y se utiliza para solicitar servicios médicos o gubernamentales, pasaportes, admisión escolar, etc.

¿Cuándo recibiré la tarjeta de seguro social de mi bebé?

Si respondió "Sí" a la pregunta, "¿Solicitar el número de seguro social del bebé?" la información del nacimiento se enviará a la Administración del Seguro Social tan pronto como la oficina de Estadísticas Vitales de Texas reciba los datos del hospital. La Administración del Seguro Social requiere de 2 a 3 semanas para procesar la información. Se enviará una tarjeta de seguro social a la dirección postal del Padre 1 según se indica en la Hoja de trabajo del padre para el certificado de nacimiento del niño. El proceso completo suele tardar entre 4 y 6 semanas en completarse.

¿Cuándo recibiré el número de Medicaid de mi bebé?

Si proporcionó respuestas a "Nombre de Medicaid del padre 1" y "Número de Medicaid del padre 1", la información de nacimiento se enviará a la oficina de Medicaid tan pronto como la oficina de Estadísticas Vitales de Texas reciba los datos. Luego, Medicaid requiere de 2 a 3 semanas para procesar la información. Se enviará por correo una tarjeta de Medicaid para bebés a la dirección postal del Padre 1 como se indica en la Hoja de trabajo del padre para el certificado de nacimiento del niño. El proceso completo suele tardar entre 4 y 6 semanas en completarse.

¿Cuándo agrego a mi bebé a mi seguro médico?

Es su responsabilidad agregar a su bebé a su seguro médico. Debe comunicarse con el departamento de recursos humanos o beneficios de su empleador con respecto a su política para modificar los dependientes cubiertos. Deberá ponerse en contacto con su empleador lo antes posible para averiguar el plazo para agregar a su bebé a su seguro.