

Mother's Name:

Mother's Med. Rec. Number:

FOLLETO DE TRABAJO PARA EL REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO ESTADO DE NUEVA YORK

El certificado de nacimiento de su niño(a) es un documento sumamente importante. Es el archivo legal que establece el nombre completo del niño(a), fecha de nacimiento y lugar de nacimiento. Este es el documento que de por vida le sirve al menor como un comprobante de su identidad y edad. Cuando el(la) niño(a) deja la niñez y entra en la vida adulta, el certificado de nacimiento le servirá para acontecimientos importantes en la vida tales como: inscripción en la escuela, obtención de un permiso de trabajo, licencia de conducir o licencia matrimonial, ingreso en las Fuerzas Armadas, empleo, cobro de beneficios de Seguro Social y de jubilación y para obtener el pasaporte cuando viaje fuera del país.

Debido a que el certificado de nacimiento es un documento esencial, es sumamente importante el cerciorarse, con cuidado y atención, que todos los detalles del mismo son exactos. Al completar cuidadosamente este folleto de trabajo, usted se está asegurando de la exactitud del certificado de nacimiento del niño(a). La información contenida en este folleto de trabajo se registrará en el Sistema Estatal de Datos Perinatales (SPDS – por sus siglas en inglés). El sistema SPDS combina la información pertinente al registro, en el Estado de Nueva York, del Certificado de Nacimiento Vivo junto con las respuestas a preguntas sobre Mejoras de Calidad (QI – por sus siglas en inglés). Las preguntas relacionadas al mejoramiento de calidad (QI) tienen como propósito, por medio del análisis de la información reunida, el mejorar los servicios que se proveen a mujeres embarazadas y a sus bebés. La información recopilada se mantiene totalmente confidencial. Los datos se analizan en grupo solamente y sin revelar la identidad de los participantes.

PADRES DE FAMILIA, favor de completar en este folleto de trabajo las porciones que no están sombreadas, vea las páginas 2, 3, 7-8 & 11 (las partes sombreadas las completa el personal del hospital).

La información en el folleto de trabajo se usará para expedir el certificado de nacimiento el cual se inscribirá en la oficina local del Registro Civil de su región y en los registros del Departamento de Salud del Estado de Nueva York dentro de cinco (5) días laborales a partir del nacimiento del bebé. Una vez concluido el proceso de inscripción, la madre recibirá una copia certificada. Este será el documento oficial que se usará como comprobante de edad, parentesco e identidad. El recibirlo confirma el registro oficial del certificado de nacimiento del niño(a) en los archivos del Estado de Nueva York. Pueden obtenerse copias adicionales del certificado de nacimiento del niño(a) de la oficina local del Registro Civil o del New York Department of Health, P.O. Box 2602, Albany, New York 12220-2602. Para recibir información adicional sobre cómo obtener copias, favor de llamar al (518) 474-3077 ó visite el sitio en la internet del Departamento de Salud en la siguiente dirección cibernética <http://www.health.state.ny.us/nysdoh/consumer/vr.htm>.

Esta información (incluyendo datos personales) se comparte con los Departamentos de Salud de los condados o con otras entidades locales encargadas de la salud en el lugar donde nació el niño(a) y en el lugar de residencia de la madre, de ser diferentes. Los Departamentos de Salud de los condados u otras entidades encargadas de la salud podrían usar esta información en la implementación de programas públicos de la salud. La Administración del Seguro Social y los programas del Registro de Inmunizaciones reciben SOLAMENTE una cantidad limitada de información cuando los padres de familia así lo indican en este folleto de trabajo al expresar el deseo de participar en estos programas.

Aunque la información personal es importante, información clínica y demográfica (sin revelar la identidad de los individuos) se usa por el personal de atención de la salud con el propósito de identificar, monitorear y reducir los factores de riesgo de la madre y recién nacido. Esta información (excluyendo información sobre identidad personal) también proporciona a los médicos y científicos médicos con un punto de partida para el desarrollo de programas maternos y cuidados infantiles para los residentes del Estado de Nueva York.

ATTENTION HOSPITAL STAFF:

This work booklet has been designed to obtain information relating to the pregnancy, birth and the 72-hour period immediately following the birth of a live born child in New York State. Hospital staff, please complete the shaded portions of the work booklet.

New York State Public Health Law provides the basis for the collection of the birth certificate data. For pertinent information about the New York State Public Health Laws refer to sections 206(1)(e), 4102, 4130.5, 4132 and 4135. These laws are also described in the New York State Birth Certificate Guidelines. The Guidelines are available to SPDS users on the Vital Records Home Page <https://commerce.health.state.ny.us/dyn3/cgi-bin/applinks/spds/home.htm> under Vital Records Resources.

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

FOLLETO DE TRABAJO PARA EL REGISTRO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO ESTADO DE NUEVA YORK

Registro del Nacimiento

Padres de Familia	Madre	Nombre de la Madre: <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido de Soltera</i> <i>Apellido Actual</i>			
		Número de Seguro Social: - -	Fecha de nacimiento de la Madre: (Mes/Día/Año) / /		
Padres de Familia	Infante	Nombre del Infante: <i>Primero</i> <i>Segundo</i> <i>Apellido</i> <i>Sufijo</i>			
		Sex: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Undetermined	Plurality:	Birth Order:	Medical Record No.:
		Date of Birth: (MM/DD/YYYY) / /	Time of Birth: (HH:MM) : <input type="checkbox"/> am <input type="checkbox"/> pm <input type="checkbox"/> military (24-hour time)		

Padres de Familia	Infante	¿Nació el bebé en éste establecimiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si el bebé no nació en éste establecimiento, favor de contestar las preguntas a continuación:	
		¿En qué tipo de lugar nació el Infante? <input type="checkbox"/> Centro de Partos Independiente (regulado por DOH) <input type="checkbox"/> Casa (planeado) <input type="checkbox"/> Casa (no planeado) <input type="checkbox"/> En casa (intenciones desconocidas) <input type="checkbox"/> Clínica / Consultorio Médico (no regulado por DOH) <input type="checkbox"/> Otro	Si es un Centro de Partos del Estado de Nueva York, indique el nombre: ¿En qué condado nació el bebé?
		Establecimiento	
Padres de Familia	Lugar de nacimiento	Lugar del nacimiento, si es Otro tipo de lugar:	Dirección – si no es un hospital / Centro de Partos:
		Si el lugar de nacimiento del infante no fue en un Hospital o Centro de Partos: Ciudad, pueblo o aldea donde ocurrió el nacimiento:	

Padres de Familia	Attendant	Attendant's Information:		
		License Number:	Name: <i>First</i> <i>Middle</i> <i>Last</i>	
Padres de Familia	Certifier	Certifier's Information:		
		<input type="checkbox"/> Check here if the Certifier is the same as the Attendant (<i>otherwise enter information below</i>)		
		License Number:	Name: <i>First</i> <i>Middle</i> <i>Last</i>	
		Title: (Select one) <input type="checkbox"/> Medical Doctor <input type="checkbox"/> Doctor of Osteopathy <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CNM) <input type="checkbox"/> Licensed Midwife (CM) <input type="checkbox"/> Other		

Padres de Familia	Pagador	Pagador principal de los costos de este parto: Indique uno:	
		<input type="checkbox"/> Medicaid / Family Health Plus <input type="checkbox"/> CHAMPUS / TRICARE <input type="checkbox"/> Por mi propia cuenta	<input type="checkbox"/> Seguro privado <input type="checkbox"/> Otra entidad gubernamental / Child Health Plus B <input type="checkbox"/> Indian Health Service <input type="checkbox"/> Otro
		Si Medicaid no es el pagador principal por este parto, ¿es acaso el pagador secundario? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se inscribe la madre en un plan de HMO u otro plan dirigido de la salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

Infant

Infant	If Multiple Births:		Birth Weight:	
	Number of Live Births:	Number of Fetal Deaths:	grams	lbs. oz.
	If birth weight < 1250 grams (2 lbs. 12 oz.), reason(s) for delivery at a less than level III hospital: <i>(Only if applicable)</i> <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time			
Select all that apply: <input type="checkbox"/> Rapid / Advanced Labor <input type="checkbox"/> Bleeding <input type="checkbox"/> Fetus at Risk <input type="checkbox"/> Severe pre-eclampsia <input type="checkbox"/> Woman Refused Transfer <input type="checkbox"/> Other <i>(specify)</i>				
Infant Transferred: <input type="checkbox"/> Within 24 hrs <input type="checkbox"/> After 24 hrs. <input type="checkbox"/> Not transferred		NYS Hospital Infant Transferred To:		State/Terr./Province:

Birth Information	Apgar Scores 1 minute: _____ 5 minutes: _____ 10 minutes: _____			Is the Infant Alive? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Infant Transferred / Status Unknown	Clinical Estimate of Gestation: <i>(Weeks)</i>	Newborn Treatment Given: <input type="checkbox"/> Conjunctivitis only <input type="checkbox"/> Vitamin K only <input type="checkbox"/> Both <input type="checkbox"/> Neither
	How is infant being fed? (Select one) <input type="checkbox"/> Breast Milk Only <input type="checkbox"/> Formula Only <input type="checkbox"/> Both Breast Milk and Formula <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Do Not Know					

Hepatitis B	Hepatitis B Inoculation Immunization Administered: _____ Date: (MM/DD/YYYY) _____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Immunoglobulin Administered: _____ Date: (MM/DD/YYYY) _____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
--------------------	---	--	---	--

Abnormal Conditions of the Newborn	Abnormal Conditions of the Newborn: <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time			
	Select all that apply <input type="checkbox"/> Assisted ventilation required immediately following delivery <input type="checkbox"/> Assisted ventilation required for more than six hours <input type="checkbox"/> NICU Admission <input type="checkbox"/> Newborn given surfactant replacement therapy <input type="checkbox"/> Antibiotics received by the newborn for suspected neonatal sepsis <input type="checkbox"/> Seizures or serious neurologic dysfunction <input type="checkbox"/> Significant birth injury (skeletal fx, peripheral nerve injury, soft tissue/solid organ hemorrhage which requires intervention)			

Congenital Anomalies

Congenital Anomalies	<input type="checkbox"/> None of the listed <input type="checkbox"/> Unknown at this time Select all that apply		Diagnosed Prenatally?	If Yes, please indicate all methods used:	QI
	Yes No	Anencephaly	Yes No	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> MSAFP / Triple Screen <input type="checkbox"/> Amniocentesis <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	
	Yes No	Meningomyelocele/Spina Bifida	Yes No	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> MSAFP / Triple Screen <input type="checkbox"/> Amniocentesis <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	
	Yes No	Cyanotic Congenital Heart Disease	Yes No	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	
	Yes No	Congenital Diaphragmatic Hernia	Yes No	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	
	Yes No	Omphalocele	Yes No	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown	

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

Congenital Anomalies					
Congenital Anomalies	Select all that apply		Diagnosed Prenatally?	If Yes, please indicate all methods used:	
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Gastroschisis	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Limb Reduction Defect	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cleft lip with or without Cleft Palate	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Cleft Palate Alone	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Down Syndrome <input type="checkbox"/> Karyotype confirmed <input type="checkbox"/> Karyotype pending	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> MSAFP / Triple Screen	<input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Amniocentesis <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Other Chromosomal Disorder <input type="checkbox"/> Karyotype confirmed <input type="checkbox"/> Karyotype pending	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound <input type="checkbox"/> MSAFP / Triple Screen	<input type="checkbox"/> CVS <input type="checkbox"/> Amniocentesis <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown
	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hypospadias	Yes No <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Level II Ultrasound	<input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Unknown

Labor & Delivery			
Labor & Delivery	Mother Transferred in Antepartum: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	NYS Facility Mother Transferred From:	State/Terr./Province:
	Mother's Weight at Delivery: <i>lbs.</i>		
Method of Delivery	Fetal Presentation: <i>(select one)</i> <input type="checkbox"/> Cephalic <input type="checkbox"/> Breech <input type="checkbox"/> Other		
	Route & Method: <i>(select one)</i> <input type="checkbox"/> Spontaneous <input type="checkbox"/> Forceps – Mid <input type="checkbox"/> Forceps – Low / Outlet <input type="checkbox"/> Vacuum <input type="checkbox"/> Cesarean <input type="checkbox"/> Unknown		
	Attempted Procedures: Was delivery with forceps attempted but unsuccessful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Was delivery with vacuum extraction attempted but unsuccessful? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	Trial Labor: If Cesarean section, was trial labor attempted? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	Indications for C-Section: <input type="checkbox"/> Unknown Select all that apply <input type="checkbox"/> Failure to progress <input type="checkbox"/> Malpresentation <input type="checkbox"/> Previous C-Section <input type="checkbox"/> Fetus at Risk / NFS <input type="checkbox"/> Maternal Condition – Not Pregnancy Related <input type="checkbox"/> Maternal Condition – Pregnancy Related <input type="checkbox"/> Refused VBAC <input type="checkbox"/> Elective <input type="checkbox"/> Other		

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

Labor & Delivery	
Method of Delivery	<p>Indications for Vacuum:</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown QI</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Failure to progress <input type="checkbox"/> Fetus at Risk</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p> <hr/> <p>Indications for Forceps:</p> <p><input type="checkbox"/> Unknown QI</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Failure to progress <input type="checkbox"/> Fetus at Risk</p> <p><input type="checkbox"/> Other</p>
Labor	<p>Onset of Labor</p> <p><input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Prolonged Rupture of Membranes -- (12 or more hours) <input type="checkbox"/> Premature Rupture of Membranes -- (prior to labor) <input type="checkbox"/> Precipitous Labor -- (less than 3 hours)</p> <p><input type="checkbox"/> Prolonged Labor (20 or more hours)</p>
Characteristics	<p>Characteristics of Labor & Delivery</p> <p><input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Induction of Labor – AROM <input type="checkbox"/> Induction of Labor – Medicinal <input type="checkbox"/> Augmentation of Labor</p> <p><input type="checkbox"/> Steroids <input type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Chorioamnionitis</p> <p><input type="checkbox"/> Meconium Staining <input type="checkbox"/> Fetal Intolerance <input type="checkbox"/> External Electronic Fetal Monitoring</p> <p><input type="checkbox"/> Internal Electronic Fetal Monitoring</p>
Maternal Morbidity	<p>Maternal Morbidity</p> <p><input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Maternal Transfusion <input type="checkbox"/> Perineal Laceration (3rd / 4th Degree) <input type="checkbox"/> Ruptured Uterus</p> <p><input type="checkbox"/> Unplanned Hysterectomy <input type="checkbox"/> Admit to ICU <input type="checkbox"/> Unplanned Operating Room Procedure Following Delivery</p> <p><input type="checkbox"/> Postpartum transfer to a higher level of care QI</p>
Anesthesia / Analgesia	<p>Anesthesia / Analgesia</p> <p><input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Epidural (Caudal) <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Spinal</p> <p><input type="checkbox"/> General Inhalation <input type="checkbox"/> Paracervical <input type="checkbox"/> General Intravenous</p> <p><input type="checkbox"/> Pudendal</p> <p>Was an analgesic administered?</p> <p><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
Procedures	<p>Other Procedures Performed at Delivery</p> <p><input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time</p> <p>Select all that apply</p> <p><input type="checkbox"/> Episiotomy and Repair <input type="checkbox"/> Sterilization</p>

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

MADRE					
Medical Record Number:					
Padres de Familia	Demografía de la Madre	Educación de la Madre: <i>(seleccione uno)</i>			
		<input type="checkbox"/> 8º grado o menos	<input type="checkbox"/> Créditos universitarios, sin título		
		<input type="checkbox"/> 9º – 12º grado; sin diploma	<input type="checkbox"/> Associate's Degree		
		<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria; o GED	<input type="checkbox"/> Bachelor's degree		
Ciudad de nacimiento:		Estado/Territorio o Provincia donde nació:	País de nacimiento, si no fue en EEUU:		
Origen Hispano:		Marque según corresponda:			
<input type="checkbox"/> No, no de origen Español/Hispano/Latino		<input type="checkbox"/> Sí, Mexicana, México americana, Chicana	<input type="checkbox"/> Sí, Puerto Riqueña		
<input type="checkbox"/> Sí, Cubana		<input type="checkbox"/> Sí, otro origen Español/Hispano/Latino			
		Especifique: <input style="width: 100%;" type="text"/>			
Padres de Familia	Demografía de la Madre	Raza:			
		Marque todo lo que corresponda:			
		<input type="checkbox"/> Blanca/Caucásica	<input type="checkbox"/> Negra o Afro estadounidense		
		<input type="checkbox"/> China	<input type="checkbox"/> Filipina		
		<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Vietnamita		
		<input type="checkbox"/> Gaumeña o Chamorra	<input type="checkbox"/> Samoana		
		<input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> India asiática		
		<input type="checkbox"/> Otra raza asiática	<input type="checkbox"/> Japonesa		
		<input type="checkbox"/> Otra raza de la isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaii		
		<input type="checkbox"/> Otra			
Padres de Familia	Domicilio de la Madre	Domicilio residencial			
		Calle:			
		Estado/Territorio o Provincia:	Condado:		
		Ciudad, Pueblo o Aldea:			
Código postal:	País de residencia de la madre, si no reside en EEUU:	No. de teléfono en EEUU o Canadá: () -			
Padres de Familia	Dirección Postal de la Madre	Dirección postal – más reciente			
		<input type="checkbox"/> Marque aquí si la dirección de correo es la misma que el domicilio residencial <i>(de lo contrario, indique la información a continuación)</i>			
		Dirección postal:			
		Ciudad, Pueblo o Aldea:	Estado/Territorio o Provincia:	País, si no es en EEUU:	Código postal:
Padres de Familia	Empleo	Historial de empleo			
		¿Sostuvo un empleo durante el embarazo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ocupación actual / más reciente:	Tipo de negocio / Industria:	
		Nombre de la compañía o empresa:		Dirección:	
		Ciudad:	Estado/Territorio/Provincia:	Código postal:	

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

Prenatal History						
Prenatal History	Did mother receive prenatal care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Primary Prenatal Care Provider Type: <input type="checkbox"/> MD / DO / C(N)M / HMO <input type="checkbox"/> No Information <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/> No Provider <input type="checkbox"/> Other		Did mother participate in WIC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
	Key Pregnancy Dates (MM/DD/YYYY)					
	Date of Last Menses: / /		Estimated Due Date: / /		Date of First Prenatal Visit: / /	
Prenatal Visits						
Total Number of Prenatal Visits: 						
Pregnancy History	Pregnancy History					
	Previous Live Births:		Previous Spontaneous Terminations:		Previous Induced Terminations:	Total Prior Pregnancies:
	Now Living None or Number <input type="checkbox"/>	Now Dead None or Number <input type="checkbox"/>	Less than 20 Weeks None or Number <input type="checkbox"/>	20 Weeks or More None or Number <input type="checkbox"/>	None or Number <input type="checkbox"/>	None or Number <input type="checkbox"/>
First Live Birth: (MM / YYYY) / /		Last Live Birth: (MM / YYYY) / /		Last Other Pregnancy Outcome: (MM / YYYY) / /		
Prepregnancy Weight: lbs.				Height: ft. in.		

Prenatal Care							
Risk Factors	Risk Factors in this Pregnancy						
	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time Select all that apply <input type="checkbox"/> Prepregnancy Diabetes <input type="checkbox"/> Gestational Diabetes <input type="checkbox"/> Prepregnancy Hypertension <input type="checkbox"/> Gestational hypertension <input type="checkbox"/> Other Serious Chronic Illnesses <input type="checkbox"/> Previous Preterm Births <input type="checkbox"/> Abruptio Placenta <input type="checkbox"/> Other Vaginal Bleeding <input type="checkbox"/> Other Poor Pregnancy Outcomes <input type="checkbox"/> Infertility Treatment, Number of Embryos Implanted: <input type="text"/> Number: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Prelabor Referred for High Risk Care (if applicable)						
Infections	Infections Present and/or Treated During Pregnancy						
	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time Select all that apply <input type="checkbox"/> Gonorrhea <input type="checkbox"/> Syphilis <input type="checkbox"/> Herpes Simplex Virus (HSV) <input type="checkbox"/> Chlamydia <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Rubella <input type="checkbox"/> Bacterial Vaginosis						
Other Risk Factors	Other Risk Factors						
	Smoking Before or During Pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	List Number of Packs OR Cigarettes Smoked Per DAY					
3 Months Prior to Pregnancy		First Three Months of Pregnancy		Second Three Months of Pregnancy		Last Trimester of Pregnancy	
Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes	Packs OR Cigarettes

Mother's Name:	Mother's Med. Rec. Number:
----------------	----------------------------

Prenatal Care			
Other Risk	Other Risk Factors		
	Alcohol Consumed During This Pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Number of Drinks per Week:	Illegal Drugs Used During This Pregnancy? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Obstetric Procedures	Obstetric Procedures		
	<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Unknown at this time Select all that apply <input type="checkbox"/> Cervical Cerclage <input type="checkbox"/> Tocolysis <input type="checkbox"/> External Cephalic Version — <input type="checkbox"/> Successful <input type="checkbox"/> Failed <input type="checkbox"/> Fetal Genetic Testing QI		
	If woman was 35 or over, was fetal genetic testing offered? QI <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, Too Late <input type="checkbox"/> No, Other Reason		
Serological Test for Syphilis? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date of Test: (MM/DD/YYYY) / /	Reason, if No Test: <input type="checkbox"/> Mother refused <input type="checkbox"/> Religious reasons <input type="checkbox"/> No prenatal care <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> No time before delivery	

