



Commonwealth of Massachusetts
Department of Public Health
Registry of Vital Records and Statistics



Folha de trabalho dos genitores para uma Declaração de Nascido Vivo - Neonatal

As informações fornecidas abaixo serão usadas para criar a certidão de nascimento do seu filho. A certidão de nascimento é um documento permanente que será usado durante a vida do seu filho(a) para comprovar sua idade, cidadania, identidade e paternidade.

É muito importante que você forneça informações completas e precisas em todas as perguntas. Os itens marcados com asterisco (*) serão impressos na certidão de nascimento legal do seu filho(a), mas todos os campos precisam ser preenchidos para fins legais e/ou de saúde pública. Algumas respostas são usadas por pesquisadores médicos e de saúde para estudar e melhorar a saúde dos genitores e dos recém-nascidos. Essas informações são coletadas de acordo com a Lei Geral de Massachusetts (c.111, §24B).

Escreva suas respostas em letra de forma de maneira organizada e precisa. A certidão de nascimento é um documento legal permanente que consiste no registro de eventos e informações no momento do nascimento de seu filho(a) e não pode ser alterado posteriormente, exceto em casos muito limitados.

Exclusivamente para uso administrativo

MRN da Mãe biológica:

MRN da Criança:

Registro n°:

Informação sobre a CRIANÇA

Nome completo da criança: Escreva o nome do seu filho exatamente como você deseja que conste na certidão de nascimento. Separe os campos nome, nome do meio e sobrenome nos quadros abaixo:

*Nome:	
*Nome do meio: <input type="checkbox"/> Marque se a certidão do seu filho <i>não</i> terá o nome do meio	
*Sobrenome: (Sobrenome)	*Agnome, se houver: (p.ex., JR, III)

Fatos da criança no nascimento: Digite a data e a hora em que seu filho nasceu, se é do sexo masculino ou feminino, e indique se ele(a) foi o único filho ou gêmeo:

*Data de nascimento: (p. ex. 15 de março de 2011) Mês _____ Dia _____ Ano _____	*Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino	*Pluralidade: <input type="checkbox"/> 1-Único <input type="checkbox"/> 2-Gêmeo <input type="checkbox"/> 3-Trigêmeo <input type="checkbox"/> 4-Quadrigêmeo <input type="checkbox"/> Outra opção:
*Hora: _____ : _____ <input type="checkbox"/> MANHÃ <input type="checkbox"/> TARDE		*Ordem de nascimento: <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 4° (se não for único) <input type="checkbox"/> Outra opção

Deseja que um número de seguro social para seu filho(a) seja automaticamente enviado para você?

Se você responder "Sim", uma requisição eletrônica será enviada à Administração do Seguro Social (SSA - Social Security Administration) e um cartão será enviado pela SSA para sua residência (ou endereço para correspondência) dentro de seis semanas após o nascimento. Observe que, em conformidade com o Taxpayer Relief Act (Lei de Assistência ao Contribuinte) de 1997, todos os pedidos de cartão de seguro social de uma criança devem conter o(s) número(s) de seguro social dos genitores e essas informações serão enviadas à SSA junto com a requisição eletrônica de seu filho(a). Se responder "Não", será necessário solicitar um número de seguro social no escritório local da SSA (Social Security Administration). Estas informações não constarão na certidão de nascimento do seu filho(a).

Deseja que um número de seguro social para seu filho(a) seja emitido automaticamente? Sim Não

READING PURPOSES ONLY

Plano de Poupança BabySteps: Abra hoje mesmo uma conta poupança para a faculdade de seu filho

Gostaria de receber \$50 para a educação futura do seu bebê? Como parte do Plano de Poupança BabySteps, qualquer criança residente em Massachusetts que tenha nascido ou sido adotada a partir de 1º de janeiro de 2020 se qualifica para receber um depósito inicial gratuito de \$50,00 em uma conta da U.Fund dentro de um ano após seu nascimento ou adoção para ajudar a pagar os custos futuros de uma faculdade, escola vocacional ou escola técnica. O Plano de Poupança BabySteps é um programa de depósito em uma conta poupança para pagar a faculdade no no Plano de Investimento Escolar da U.Fund (College Investing Plan), o plano 529 de Massachusetts. O U.Fund é oferecido pela Massachusetts Educational Financing Authority (MEFA - Agência de Financiamento Educacional de Massachusetts) e é gerido pela Fidelity Investments. O depósito inicial de \$50 é fornecido pelo Tesoureiro do Estado de Massachusetts e pode ser recebido dentro de um ano após o nascimento ou adoção da criança. Se estiver interessado(a) em receber informações sobre o Plano de Poupança BabySteps e sobre como receber seu depósito de \$50, marque a caixa "Sim" abaixo.

Ao marcar "Sim" abaixo, você está autorizando o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts a fornecer ao Escritório do Tesoureiro de Massachusetts e ao MEFA suas informações pessoais para contato (número de telefone, endereço e endereço de e-mail) com o objetivo de fornecer informações adicionais para ajudá-lo(a) a abrir a conta poupança para a faculdade de seu filho(a). O Estado depositará \$50 assim que a conta for aberta com sucesso. Acesse o site babystepssavingsplan.org para obter mais informações.

Sim, envie-me informações e materiais de inscrição para receber o depósito gratuito de \$50 do Plano de Poupança BabySteps

Não, não dou meu consentimento

Informações para contato

Endereço de e-mail preferido:



Folha de trabalho dos genitores para uma Declaração de Nascido Vivo - Genitor 1

As informações fornecidas abaixo serão usadas para criar a certidão de nascimento do seu filho. A certidão de nascimento é um documento permanente que será usado durante a vida do seu filho(a) para comprovar sua idade, cidadania, identidade e paternidade.

É muito importante que você forneça informações completas e precisas em todas as perguntas. Os itens marcados com asterisco (*) serão impressos na certidão de nascimento legal do seu filho(a), mas todos os campos precisam ser preenchidos para fins legais e/ou de saúde pública. Algumas de suas respostas são usadas por pesquisadores médicos e de saúde para estudar e aprimorar a saúde dos genitores e dos recém-nascidos. Essas informações são coletadas de acordo com a Lei Geral de Massachusetts (c.111, §24B).

Escreva suas respostas em letra de forma de maneira organizada e precisa. A certidão de nascimento é um documento legal permanente que consiste no registro de eventos e informações no momento do nascimento de seu filho(a) e não pode ser alterado posteriormente, exceto em casos muito limitados.

Exclusivamente para uso administrativo

MRN da Mãe biológica:

MRN da Criança:

Registro nº:

Informações sobre o GENITOR 1

Esta seção serve para preencher os campos Genitor 1 na certidão de nascimento da criança. O genitor que aparece nesta seção deve ser a mãe biológica da criança, a menos que estabelecido de outra forma por ordem judicial.

Genitor 1 - Nome legal completo: Digite o nome do genitor que constará na seção Genitor 1 da certidão de nascimento da criança. Separe os campos nome, nome do meio e sobrenome nos quadros abaixo. Esse nome corresponde ao seu nome atual completo usado para assinar documentos legais.

*Nome:	
*Nome do meio: <input type="checkbox"/> Marque se o Genitor 1 não tem um nome do meio.	
*Sobrenome: (Sobrenome)	*Agnome, se houver: (p.ex., JR, III)

Genitor 1 - Telefone: Forneça os números de telefone para que possamos entrar em contato com você caso haja algum problema com o registro do nascimento do seu filho(a). O telefone não será impresso na certidão de nascimento do seu filho(a).

Genitor 1 - Número do Seguro Social (SSN): O número do Seguro Social (SSN) é obrigatório por lei federal para todos os registros de nascimentos. O SSN não será impresso na certidão de nascimento do seu filho(a).

Telefone:	Nº de telefone alternativo:	Nº do Seguro Social:
		Marque se: <input type="checkbox"/> Nunca recebi um número do Seguro Social.

Genitor 1 - Fatos do nascimento: Digite as seguintes informações sobre sua data de nascimento, seu nome no momento de seu nascimento, seu sexo, e onde você nasceu. O local de nascimento deve conter a cidade de nascimento ou a jurisdição local onde sua própria certidão de nascimento está arquivada. Essas informações são necessárias para fins de registro legal e também são úteis para pesquisas genealógicas da família.

*Data de nascimento: (p. ex. 15 de março de 1980) Mês Dia Ano	*Sobrenome no seu nascimento ou adoção: (Sobrenome de solteira)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
*Cidade do nascimento:		
País (não abrevie, a menos que seja EUA)	Estado ou província (não abrevie)	Cidade ou jurisdição local (não abrevie)

Genitor 1 - Estado civil atual: Embora seu estado civil não seja impresso na certidão de nascimento do seu filho(a), é necessário fazer o registro de forma legal e adequada. O não fornecimento de informações precisas sobre o estado civil pode fazer com que a certidão de nascimento do seu filho(a) não seja registrada, gerando problemas legais para seu filho(a) ao longo de sua vida.

Estado civil e estabelecimento de paternidade:

- Se o genitor 1 não for casado e não estava casado no período de 300 dias antes do nascimento da criança, um segundo genitor pode ser adicionado através de um *Reconhecimento de Paternidade Voluntário* no momento do nascimento ou em data posterior. Este formulário deve ser assinado por ambos os genitores.
- Se o genitor 1 for atualmente casado ou estava casado no período de 300 dias antes do nascimento, o cônjuge será listado como genitor 2 na certidão de nascimento inicial da criança *a menos que* o genitor 1 e seu cônjuge assinem um *Termo Negatório de Paternidade* e o genitor 1 e o segundo genitor pretendido assinem um *Reconhecimento Voluntário de Paternidade*.
- Para obter mais informações, peça ajuda ao oficial de registro de nascimentos do hospital.
 - Perguntas sobre o *Reconhecimento de Paternidade Voluntário* ou o *Termo Negatório de Paternidade* também pode ser feitas ao: Registry of Vital Records and Statistics (Departamento de Registros Vitais e Estatísticas) pelo telefone (617) 740-2600.
 - Perguntas sobre decisões judiciais de paternidade, reconhecimentos voluntários, testes de DNA ou outras perguntas sobre o estabelecimento de paternidade no nascimento ou no futuro podem ser feitas ao: Department of Revenue, Child Support Enforcement Division (Departamento da Receita de Massachusetts, Divisão de Imposição de Pensão Alimentícia) pelo telefone 1-800-332-2733.

Estado civil:	
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a): <i>Data do divórcio:</i> _____ <i>Condado/Jurisdição onde foi protocolado:</i> _____
<input type="checkbox"/> Nunca se casou	<input type="checkbox"/> Viúvo(a): <i>Data da morte do cônjuge:</i> _____
Se casado(a), divorciado(a) ou viúvo(a): O seu cônjuge ou ex-cônjuge é o genitor dessa criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se NÃO for casado e mora em uma cidade diferente da do hospital do nascimento, você pode solicitar que uma cópia da certidão de nascimento seja mantida também na sua cidade de residência. Se isso se aplicar a você, deseja que a certidão de seu filho(a) também seja arquivada pelo responsável por registros e licenças em sua cidade? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Genitor 1 - Residência: Sua residência é o endereço do lugar onde você efetivamente mora. Não use uma caixa postal ou outro endereço usado apenas para fins de correspondência. A cidade onde você mora deve ser listada pelo nome legal e próprio da cidade. Não liste o nome de um bairro, vila ou subdivisão. Você deve fornecer seu endereço para correspondência na próxima seção.

*Residência:	
<i>Número e nome da rua (p. ex., 9 Ninth Street)</i>	<i>Apartamento ou unidade, se houver (p. ex., Apt. 9)</i>
<i>Nome próprio da cidade (p. ex., Boston, não Mattapan) }</i>	<i>Estado (provincia/estado e país, se não for nos EUA) (não abrevie) Código Postal</i>
País de residência:	Se não mora em Massachusetts, você mora dentro dos limites da cidade?
<i>Em qual condado você mora?</i>	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei

Genitor 1 - Endereço para correspondência: Digite seu endereço para correspondência, se for diferente do seu endereço residencial. Esse endereço não aparece na certidão de nascimento do seu filho(a), mas será usado para enviar o cartão do seguro social do seu filho(a) se você tiver marcado "Sim" para que o número do seguro social seja emitido automaticamente. Também pode ser usado para entrar em contato com você, se houver algum problema com a certidão de nascimento.

Endereço para correspondência:		
<i>Número e Rua, Caixa Postal ou Nº de RR (Rota Rural) - Escreva o endereço de entrega postal de onde você recebe sua correspondência</i>		
<i>Cidade</i>	<i>Estado (provincia/estado e país, se não for nos EUA) (não abrevie)</i>	<i>Código Postal</i>

Folha de trabalho preenchida por:
<i>Favor assinar:</i> _____
<input type="checkbox"/> Genitor 1 <input type="checkbox"/> Genitor 2 <input type="checkbox"/> Outro parentesco _____

READING PURPOSES ONLY



Commonwealth of Massachusetts
Department of Public Health
Registry of Vital Records and Statistics



Folha de trabalho dos genitores para uma Declaração de Nascido Vivo - Genitor 2

As informações fornecidas abaixo serão usadas para criar a certidão de nascimento do seu filho. A certidão de nascimento é um documento permanente que será usado durante a vida do seu filho(a) para comprovar sua idade, cidadania, identidade e paternidade.

É muito importante que você forneça informações completas e precisas em todas as perguntas. Os itens marcados com **asterisco e itálico** serão impressos na certidão de nascimento legal do seu filho(a), mas todos os campos precisam ser preenchidos para fins legais e/ou de saúde pública. Algumas respostas são usadas por pesquisadores médicos e de saúde para estudar e melhorar a saúde dos genitores e dos recém-nascidos. Essas informações são coletadas de acordo com a Lei Geral de Massachusetts (c.111, §24B).

Escreva suas respostas em letra de forma de maneira organizada e precisa. A certidão de nascimento é um documento legal permanente que consiste no registro de eventos e informações no momento do nascimento de seu filho(a) e não pode ser alterado posteriormente, exceto em casos muito limitados.

Exclusivamente para uso administrativo

MRN da Mãe biológica:

MRN da Criança:

Registro nº:

Informações sobre o GENITOR 2

Esta seção é usada para preencher os campos Genitor 2 na certidão de nascimento da criança. Indique a relação do genitor 2 com o genitor 1.

- Casado com o genitor 1, ou foi casado com o genitor 1 no período de 300 dias antes do nascimento da criança.
- Não é casado com o Genitor 1, mas preencherá um *Reconhecimento de Paternidade Voluntário* ou foi nomeado por ordem judicial.
- Se o genitor 1 não for casado e *não estava casado* no período de 300 dias antes do nascimento da criança, um segundo genitor pode ser acrescentado por meio de um *Reconhecimento de Paternidade Voluntário* no nascimento ou em data posterior. Este formulário deve ser assinado por ambos os genitores.
 - Se o genitor 1 for atualmente casado ou *estava casado* no período de 300 dias antes do nascimento com alguém que não seja o segundo genitor da criança, o cônjuge será listado na certidão de nascimento do filho(a), *a menos que* o cônjuge e o genitor 1 assinem um *Termo Negatório de Paternidade* e o segundo genitor pretendido e o genitor 1 assinem um *Reconhecimento de Paternidade Voluntário*.
 - Se você tiver dúvidas sobre paternidade ou o status parental, pergunte ao responsável pelo registro de nascimentos do hospital ou entre em contato com o Registry of Vital Records and Statistics (Departamento de Registros Vitais e Estatísticas) pelo telefone (617) 740-2600 ou entre em contato com o Department of Revenue, Child Support Enforcement Division (Departamento da Receita, Divisão de Imposição de Pensão Alimentícia) pelo telefone 1-800-332-2733.

Genitor 2 - Nome: Digite o nome do genitor que aparecerá na seção Genitor 2 da certidão de nascimento da criança e/ou no *Reconhecimento de Paternidade Voluntário*. Separe os campos nome, nome do meio e sobrenome nos quadros abaixo. Esse nome corresponde ao seu nome atual completo usado para assinar documentos legais.

*Nome:

*Nome do meio: Marque se o genitor 2 não tem um nome do meio.

*Sobrenome: (Sobrenome)

*Agnome, se houver: (p.ex., JR, III)

Genitor 2 - Número do seguro social (SSN): O número do Seguro Social (SSN) é obrigatório por lei federal para todos os registros de nascimentos. O SSN não será impresso na certidão de nascimento do seu filho(a).

Nº do Seguro Social: Marque se: <input type="checkbox"/> Nunca recebi um número do Seguro Social.

READING PURPOSES ONLY

Genitor 2 - Fatos do nascimento: Digite as seguintes informações sobre sua data de nascimento, nome no seu nascimento, sexo e onde você nasceu. O local de nascimento deve conter a cidade de nascimento ou a jurisdição local onde sua própria certidão de nascimento está arquivada. Essas informações são necessárias para fins de registro legal e também são úteis para pesquisas genealógicas da família.

*Data de nascimento: (p. ex. 15 de março de 1980)		* Sobrenome no seu nascimento ou adoção:	Sexo:		
Mês	Dia		Ano	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Feminino
*Cidade do nascimento:					
País (não abrevie, a menos que seja EUA)			Estado ou província (não abrevie)		Cidade ou jurisdição local (não abrevie)

Genitor 2 - Residência: Sua residência é o endereço do lugar onde você efetivamente mora. Não use uma caixa postal ou outro endereço usado apenas para fins de correspondência. A cidade onde você mora deve ser listada pelo nome legal e próprio da cidade. Não liste o nome de um bairro, vila ou subdivisão.

O endereço residencial do genitor 2 é o mesmo do genitor 1. Se não for o mesmo, preencha:

Residência:		
Número e nome da rua (p. ex., 9 Ninth Street)		Apartamento ou unidade, se houver (p. ex., Apt. 9)
Nome próprio da cidade (p.ex., Boston, não Mattapan)	Estado (província/estado e país, se não for nos EUA) (não abrevie)	Código Postal
País de residência:	Se <u>não</u> mora em Massachusetts, você mora dentro dos limites da cidade?	
Em qual condado você mora?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sei	

Folha de trabalho preenchida por:
Favor assinar: _____
<input type="checkbox"/> Genitor 1 <input type="checkbox"/> Genitor <input type="checkbox"/> Outro parentesco _____



Folha de trabalho dos genitores para Relatório Confidencial de Nascimento

Informações confidenciais

Os seguintes itens devem ser coletados de acordo com a lei de Massachusetts (M.G.L. C.111 §24B). A lei também exige que os hospitais reportem informações médicas adicionais relacionadas a nascimentos. Essas informações são mantidas inteiramente confidenciais e são usadas para estatísticas de saúde pública e população, pesquisas médica e planejamento de programas. Esses itens nunca aparecem nas cópias da certidão de nascimento emitida para você ou seu filho(a). Suas informações geralmente são combinadas com dados de mães em toda Massachusetts e todos os Estados Unidos e são publicadas em tabelas e gráficos que não o(a) identificam pessoalmente.

As informações fornecidas permitem que os planejadores saibam quais cidades precisam de melhores serviços de saúde pública e fornecem fatos que seu médico precisa saber para dar à luz a bebês com segurança. Por exemplo, você ajuda os departamentos escolares locais a projetar o número de alunos para planejar a educação do seu recém-nascido, ajuda os pesquisadores e os médicos a descobrir que efeito parar de fumar durante a gravidez tem sobre o desenvolvimento fetal, ou quais profissões podem ser perigosas durante a gravidez, além de ajudar os profissionais de saúde a saber quais idiomas são falados em sua área para que tenham materiais traduzidos prontos para o público que precisar deles.

Sua cooperação é urgentemente necessária para compilar dados precisos sobre as famílias de Massachusetts e seus recém-nascidos. Esta é a principal fonte de informações estatísticas sobre os nascimentos em Massachusetts que, sem a sua ajuda, não seriam conhecidas. Planejadores e provedores da área médica usam dados de nascimentos para melhorar ou criar novos programas e serviços para famílias e recém-nascidos. Sua privacidade é levada muito a sério. Os dados individuais nunca serão divulgados sem a permissão expressa do Comissário de Saúde Pública e são divulgados somente de acordo com diretrizes muito rígidas. Como exemplo de uso aprovado de informações individuais, o hospital informa os resultados do teste de audição do seu bebê ao Programa Universal de Triagem Auditiva Neonatal do Departamento de Saúde Pública para que se possa fazer um acompanhamento, caso isto seja necessário.

Exclusivamente para uso
administrativo

MRN da Mãe biológica:

MRN da Criança:

Registro nº:

GENITOR 1

Genitor 1 - Etnia: Informações sobre as etnias dos genitores ajudam os pesquisadores a entender mais sobre condições genéticas, culturas e localizações geográficas de comunidades étnicas novas e existentes que podem afetar a disponibilidade de serviços de pré-natal de qualidade, resultados de gestações e futuras necessidades de saúde das crianças pequenas e suas famílias.

Selecione sua etnia. Você pode escolher mais de uma opção.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Africana (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Coreana |
| <input type="checkbox"/> Afro-americana | <input type="checkbox"/> Laosiana |
| <input type="checkbox"/> Americana | <input type="checkbox"/> Mexicana, Mexicano-americana, Chicana |
| <input type="checkbox"/> Indiana asiática | <input type="checkbox"/> Oriente Médio (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Brasileira | <input type="checkbox"/> Índio-americana (especifique a nação tribal): _____ |
| <input type="checkbox"/> Cambojana | |
| <input type="checkbox"/> Cabo-verdiana | <input type="checkbox"/> Portuguesa |
| <input type="checkbox"/> Ilhas Caribenhas (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Porto-riquenha |
| <input type="checkbox"/> Chinesa | <input type="checkbox"/> Russa |
| <input type="checkbox"/> Colombiana | <input type="checkbox"/> Salvadorenha |
| <input type="checkbox"/> Cubana | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Dominicana | <input type="checkbox"/> Outra etnia asiática (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Europeia (especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Outra etnia da América Central (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Outra etnia das Ilhas do Pacífico (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Guatemalteca | <input type="checkbox"/> Outra etnia Portuguesa (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Haitiana | <input type="checkbox"/> Outra etnia Sul-americana (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Hondurenha | <input type="checkbox"/> Outras etnias que não listadas (especifique): _____ |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | |

Genitor 1 - Raça: Informações sobre a raça dos genitores ajudam os pesquisadores a entender mais sobre taxas de natalidade, condições de saúde e outros fatores relacionados à raça que podem afetar os resultados dos nascimentos e as necessidades de serviços de saúde nas comunidades de Massachusetts.

Selecione sua raça. *Você pode escolher mais de uma opção.*

<input type="checkbox"/> Índio americano/Nativo do Alasca (especifique a nação ou nações tribais): _____	<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino/Outra (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo do Havai
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Guamaniano ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Branco
<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino/Negro	<input type="checkbox"/> Outros nativos das Ilhas do Pacífico (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Hispânica/Latina/Branca	<input type="checkbox"/> Outras raças não listadas (especifique): _____

Genitor 1 - Educação: As informações sobre educação dos genitores ajudam os pesquisadores a entender mais sobre as tendências de idade e escolaridade dos genitores de Massachusetts, opções de métodos de parto e de tecnologias de reprodução assistida, níveis de leitura necessários para materiais de educação em saúde, necessidades de informações sobre saúde nas escolas por distrito e outros fatores que podem afetar os resultados dos nascimentos e a saúde materna e infantil.

Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu até o momento do parto?

<input type="checkbox"/> 8ª série ou menos profissional	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Doutorado (p. ex., PhD, EdD) ou
<input type="checkbox"/> 9ª à 12ª série	<input type="checkbox"/> Graduação tecnológica (p. ex., AA, AS)	<input type="checkbox"/> Graduação (p. ex., MD, DDS, DVM, JD)
<input type="checkbox"/> Ensino Médio completo ou GED (Supletivo) completo	<input type="checkbox"/> Educação especial	<input type="checkbox"/> Diploma de Bacharelado (p. ex., BA, AB, BS)
<input type="checkbox"/> Curso superior incompleto	<input type="checkbox"/> Mestrado (p.ex., MA, MSW, MBA)	

Genitor 1 - Profissão e Setor: Informações sobre o emprego dos genitores ajudam os pesquisadores a descobrir mais sobre como certas profissões e setores que podem afetar os resultados dos nascimentos. Algumas condições de trabalho, como exposições a tintas tóxicas e produtos químicos, setores com alto estresse e profissões de baixa renda podem afetar as condições de saúde maternas e ser vinculados a defeitos congênitos.

<p>Profissão/emprego usual no último ano:</p> <p><i>Exemplos:</i> programador de computador, caixa, dona de casa, desempregado</p>	<p>Em que setor? <i>(Você pode listar um setor ou nome da empresa):</i></p> <p><i>Exemplos:</i> empresa de software, Smith's Supermarket, minha casa</p>
---	---

Tabagismo: As informações sobre tabagismo antes e durante a gravidez ajudam os médicos a fornecer melhores informações aos futuros genitores sobre os efeitos do tabagismo, o peso do recém-nascido e sobre outros desfechos do nascimento. Esta pergunta ajudará a descobrir se a redução ou o aumento do tabagismo em diferentes estágios da gravidez tem resultados diferentes.

Quantos cigarros OU maços de cigarros a mãe fumava em um dia típico durante cada um dos seguintes períodos?

	Número de cigarros	ou	Número de maços
3 meses antes da gravidez	_____		_____
Primeiros 3 meses de gravidez	_____		_____
Segundos 3 meses de gravidez	_____		_____
Terceiro trimestre (últimos 3 meses) de gravidez	_____		_____

Genitor 1 - Preferência de idioma: As informações sobre o idioma que os genitores preferem falar ou que acham mais fáceis de ler ajudam os programas de saúde pública e os prestadores de serviços de saúde a se prepararem melhor com tradutores qualificados e a obterem informações traduzidas apropriadas. Identificar vizinhanças e comunidades com muitos residentes que falem determinado idioma ajuda a colocar a equipe de tradução e os materiais traduzidos onde eles são mais necessários.

Qual idioma você <i>prefere</i> falar quando conversa sobre questões ou preocupações de saúde? Em qual idioma você <i>prefere</i> ler materiais relacionados à saúde?			
Inglês	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Somaliano	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Espanhol	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Árabe	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Português	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Albaniano	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Crioulo cabo-verdiano	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Chinês	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Crioulo Haitiano	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	(especifique o dialeto):	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Khmer	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Russo	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Vietnamita	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Linguagem Gestual Americana (ALS)	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura
Cambojana	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura	Outra opção (especifique):	<input type="checkbox"/> Fala <input type="checkbox"/> Leitura

Consumo de bebidas alcoólicas: Essa pergunta ajudará a descobrir a quantidade de álcool que afeta o peso do recém-nascido e outros desfechos do nascimento, e se o consumo de bebidas em momentos diferentes durante a gravidez leva a resultados diferentes. Com dados reais sobre o consumo de álcool durante a gravidez, os médicos podem aconselhar melhor os futuros genitores.

Você consumiu bebidas alcoólicas nos três meses anteriores à gravidez ou a qualquer momento durante a gravidez?

Sim Não

Em caso afirmativo: Nos três meses **antes desta gravidez**, quantas bebidas (cerveja, vinho ou coquetéis) você consumia em uma semana típica? _____

Nos **primeiros três meses (primeiro trimestre) desta gravidez**, quantas bebidas (cerveja, vinho ou coquetéis) você consumia em uma semana típica? _____

Nos **segundos três meses (segundo trimestre) desta gravidez**, quantas bebidas (cerveja, vinho ou coquetéis) você consumia em uma semana típica? _____

No **terceiro trimestre desta gravidez**, quantas bebidas (cerveja, vinho ou coquetéis) você consumia em uma semana típica? _____

Gravidez anterior e parto prematuro: Bebês que nascem prematuros, antes das 37 semanas de gravidez, geralmente precisam permanecer no hospital por mais tempo e têm mais problemas de saúde do que os bebês que nascem a termo. As genitoras que já tiveram um parto prematuro anterior correm maior risco de ter outro parto prematuro. Essa pergunta permite que pesquisadores de saúde pública determinem quantas genitoras têm histórico de parto prematuro e qual seria a melhor maneira de melhorar os cuidados oferecidos a elas.

Em qualquer gravidez anterior, você teve um bebê com mais de 3 semanas de antecedência da data de seu parto isso aconteceu porque você entrou em trabalho de parto ou a bolsa estourou? Sim Não Não sei

Gravidez atual e parto prematuro: Progesterona é um hormônio essencial que ajuda o corpo da mulher a se desenvolver e a se preparar para uma gravidez saudável. Para algumas mulheres com maior risco de parto prematuro, o tratamento com progesterona demonstrou ajudar a prevenir esse risco. Essas perguntas ajudarão os pesquisadores de saúde pública a determinar quantas mulheres são elegíveis para receber progesterona e identificar as barreiras ao tratamento.

Você foi informada de que tinha um colo de útero curto durante esta gravidez? Sim Não Não sei

Você recebeu progesterona para evitar um parto prematuro durante esta gravidez? Sim, devido a um parto prematuro em uma gravidez anterior

(marque somente uma opção) Sim, porque meu colo do útero estava curto durante esta gravidez

Não

Não sei

Você recebeu progesterona durante esta gravidez?
(marque somente uma opção)

- Sim, injeções de progesterona
- Sim, progesterona vaginal
- Sim, comprimidos orais de progesterona
- Não
- Não, meu plano de saúde não cobriria o custo
- Não, eu recusei
- Não sei

Alimentos do WIC: Os planejadores do programa de saúde pública gostariam de saber se as mães se inscrevem no WIC *porque* engravidaram e, se receber alimentos do WIC durante a gravidez ajuda as mães a ter bebês mais saudáveis. Informações como essas podem ajudar a manter esses programas disponíveis para as famílias.

Você recebeu alimentos do WIC (Women, Infants & Children - Mulheres, Bebês e Crianças) porque você estava grávida desta criança?

- Sim Não Não sei

Partos domiciliares: Responda apenas se você teve seu bebê em casa. (Caso contrário, pule esta pergunta). Esta pergunta ajudará a descobrir quantos partos domiciliares foram planejados e quantos não foram planejados, para fornecer informações e serviços estatísticos.

Você planejava ter seu bebê em casa ou queria ter o bebê em um hospital ou maternidade?

- Sim, queria ter meu bebê em casa Não, eu queria ter meu bebê em um hospital ou maternidade

Peso e saúde da mãe e do bebê: Em combinação com estatísticas conhecidas sobre ganho de peso durante a gravidez, os pesquisadores de saúde pública desejam estudar os pesos antes da gravidez para determinar se algumas faixas de peso resultam em mães e bebês mais saudáveis.

Qual era o seu peso antes da gravidez, ou seja, seu peso imediatamente antes de engravidar desta criança? _____ lbs.

Atendimento odontológico durante a gravidez: Os pesquisadores de saúde pública gostariam de obter mais informações sobre se a limpeza profissional dos dentes e problemas de saúde odontológica durante a gravidez afetam a saúde do recém-nascido, para que os médicos possam aconselhar melhor as mulheres grávidas.

Durante esta gravidez, você fez uma limpeza dentária com um dentista ou higienista odontológico? Sim Não

Você teve algum problema de saúde oral durante a gravidez? Sim Não
 Não sei

Se sua última consulta odontológica ocorreu há mais de seis meses ou se você teve algum problema de saúde oral identificado (p. ex., gengiva inchada ou sangramento da gengiva, cáries, sinais de infecção), o seu médico de pré-natal a encaminhou a um dentista? Sim Não
 Não sei

TENDÊNCIAS E TECNOLOGIAS DE NASCIMENTO

Tecnologias e tratamentos de fertilidade: Melhores informações sobre o uso de medicamentos para fertilidade e tecnologias de reprodução assistida permitirá que os pesquisadores determinem as tendências no uso de novos tipos de tratamentos. Esses dados também ajudarão os obstetras e seus pacientes a saberem mais sobre os riscos e benefícios que podem existir para mães e recém-nascidos, dependendo da idade da mãe, da relação genética com a criança e de outras características. Estas informações devem ser preenchidas sobre a mãe biológica.

Nesta gravidez, você tomou algum medicamento para fertilidade ou realizou algum procedimento feito por um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde para ajudá-la a engravidar? (Isso pode incluir tratamentos de infertilidade, como medicamentos para aumentar a fertilidade ou tecnologias de reprodução assistida.) Sim Não

Se você respondeu Sim:

Você usou algum dos seguintes tratamentos de fertilidade durante o mês em que ficou grávida nesta gravidez atual?

Marque todas as opções aplicáveis:

Medicamentos para aumentar a fertilidade prescritos por um médico

Medicamentos para fertilidade contendo Clomid®, Serophene®, Pergonal® ou outros medicamentos que estimulam a ovulação.

Inseminação artificial ou inseminação intrauterina

Inclua tratamentos nos quais espermatozoides, e NÃO óvulos, foram coletados e colocados na mãe biológica por meio de procedimento clínico

Tecnologia de reprodução assistida

Inclua tratamentos nos quais AMBOS os óvulos de uma mulher e o esperma de um homem foram manipulados em laboratório, como fertilização in vitro [FIV], transferência intratubária de gametas [GIFT], transferência intratubária de zigoto [ZIFT], injeção intracitoplasmática de espermatozoides [ICSI], transferência de embrião congelado ou transferência de embrião de doadora.

Eu não realizei tratamentos de fertilidade durante o mês em que engravidei do meu novo bebê.

Outro tratamento médico. Especifique:

Alguma destas opções se aplica durante esta gravidez? Marque todas as opções aplicáveis:

Doadora anônima de óvulos Doador anônimo de esperma

Doador conhecido que não é um genitor pretendido*Barriga de aluguel

Nenhuma opção se aplica

***OPCIONAL:** Pode ser útil para o histórico médico do seu filho(a) registrar informações sobre doadores genéticos. Se você desejar fornecer essas informações, preencha abaixo:

Nome:	<input type="checkbox"/> Doador de espermatozoide	<input type="checkbox"/> Doadora de óvulos
Nome:	<input type="checkbox"/> Doador de espermatozoide	<input type="checkbox"/> Doadora de óvulos
Nome:	<input type="checkbox"/> Doador de espermatozoide	<input type="checkbox"/> Doadora de óvulos

GENITORA 1 - HISTÓRICO DA GRAVIDEZ

Genitora 1 - Altura: _____ pés _____ polegadas **Data da última menstruação (MM/DD/AAAA)**

Mês Dia Ano

Nascidos Vivos Anteriores:

Não inclua seu filho(a) atual nesta contagem.

Data do último nascido vivo (MM/DD/AAAA)

Nº de filhos atualmente vivos: _ Nº de filhos nascidos vivos, mas falecidos: _____

Mês Dia Ano

Número de outros desfechos de gravidez:

Inclua perdas fetais em qualquer idade gestacional - perdas espontâneas, induzidas e/ou gravidez ectópica. Se este foi um parto múltiplo, inclua todas as perdas fetais ocorridas antes desta criança nesta gravidez.

Data do último desfecho da outra gravidez (MM/DD/AAAA)

Nº de desfechos da outra gravidez _____

Mês Dia Ano

Genitor 2 - Etnia: Informações sobre as etnias dos genitores ajudam os pesquisadores a entender mais sobre condições genéticas, culturas e localizações geográficas de comunidades étnicas novas e existentes que podem afetar a disponibilidade de serviços de pré-natal de qualidade, resultados de gestações e futuras necessidades de saúde das crianças pequenas e suas famílias.

Selecione sua etnia. *Você pode escolher mais de uma opção.*

<input type="checkbox"/> Africana (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Coreana
<input type="checkbox"/> Afro-americana	<input type="checkbox"/> Laosiana
<input type="checkbox"/> Americana	<input type="checkbox"/> Mexicana, Mexicano-americana, Chicana
<input type="checkbox"/> Indiana asiática	<input type="checkbox"/> Oriente Médio (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Brasileira	<input type="checkbox"/> Índio-americana (especifique a nação tribal): _____
<input type="checkbox"/> Cambojana	_____
<input type="checkbox"/> Cabo-verdiana	<input type="checkbox"/> Portuguesa
<input type="checkbox"/> Ilhas Caribenhas (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Porto-riquenha
<input type="checkbox"/> Chinesa	<input type="checkbox"/> Russa
<input type="checkbox"/> Colombiana	<input type="checkbox"/> Salvadorenha
<input type="checkbox"/> Cubana	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Dominicana	<input type="checkbox"/> Outra etnia asiática (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Europeia (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Outra etnia da América Central (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Outra etnia das Ilhas do Pacífico (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Guatemalteca	<input type="checkbox"/> Outra etnia Portuguesa (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Haitiana	<input type="checkbox"/> Outra etnia Sul-americana (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Hondurenha	<input type="checkbox"/> Outras etnias que não listadas (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Japonesa	_____

Genitor 2 - Raça: Informações sobre a raça dos genitores ajudam os pesquisadores a entender mais sobre taxas de natalidade, condições de saúde e outros fatores relacionados à raça que podem afetar os resultados dos nascimentos e as necessidades de serviços de saúde nas comunidades de Massachusetts.

Selecione sua raça. *Você pode escolher mais de uma opção.*

<input type="checkbox"/> Índio americano/Nativo do Alasca (especifique a nação ou nações tribais): _____	<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino/Outra (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo do Havaí
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Samoano
<input type="checkbox"/> Guamaniano ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Branco
<input type="checkbox"/> Hispânico/Latino/Negro	<input type="checkbox"/> Outros nativos das Ilhas do Pacífico (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Hispânica/Latina/Branca	<input type="checkbox"/> Outras raças não listadas (especifique): _____

Genitor 2 - Educação: As informações sobre educação dos genitores ajudam os pesquisadores a entender mais sobre as tendências de idade e escolaridade dos genitores de Massachusetts, opções de métodos de parto e de tecnologias de reprodução assistida, níveis de leitura necessários para materiais de educação em saúde, necessidades de informações sobre saúde nas escolas por distrito e outros fatores que podem afetar os resultados dos nascimentos e a saúde materna e infantil.

Qual o nível de escolaridade mais alto que você concluiu até o momento do parto?

<input type="checkbox"/> 8ª série ou	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Doutorado (p.ex., PhD, EdD) profissional
<input type="checkbox"/> 9ª à 12ª série	<input type="checkbox"/> Graduação tecnológica (p.ex., AA, AS)	<input type="checkbox"/> Graduação (p.ex., MD, DDS, DVM, JD)
<input type="checkbox"/> Ensino Médio completo ou GED (Supletivo)	<input type="checkbox"/> Bacharelado (p.ex., BA, AB, BS)	<input type="checkbox"/> Educação especial
<input type="checkbox"/> Curso superior incompleto	<input type="checkbox"/> Mestrado (p.ex., MA, MSW, MBA)	

Genitor 2 - Profissão e Setor: Informações sobre o emprego dos genitores ajudam os pesquisadores a descobrir mais sobre como certas profissões e setores que podem afetar os resultados dos nascimentos. Algumas condições de trabalho, como exposições a tintas tóxicas e produtos químicos, setores com alto estresse e profissões de baixa renda podem afetar as condições de saúde maternas e ser vinculados a defeitos congênitos.

Profissão/emprego usual no último ano:

Exemplos: programador de computador, caixa, dona de casa, desempregado

Em que setor? (Você pode listar um setor ou nome da empresa):

Exemplos: empresa de software, Smith's Supermarket, minha casa

Favor devolver esta folha de trabalho ao responsável pelo registro de nascimentos do hospital ou conforme as instruções que tenha recebido. Obrigado.

READING PURPOSES ONLY