



马萨诸塞州
公共卫生部

人口记录登记和统计处 (Registry of Vital Records and Statistics (RVRS))



办理活产证明的家长工作表 - 新生儿

您在下面提供的信息将用于制作您孩子的出生证明。出生证明是永久性文件，将在孩子的终生使用以证明他/她的年龄、公民身份、身份认同和亲子关系。

仅供行政使用

请务必为所有问题提供完整且准确的信息。标有星号 (*) 的项目将印在孩子的合法出生证明上，但出于法律和/或公共卫生目的，每个项目都需要填写。健康和医疗研究人员会使用您的部分回答来研究并改善家长及新生儿的健康状况。这些信息收集活动符合《马萨诸塞州普通法》(c.111, § 24B)。

分娩家长病历号:

孩子病历号:

记录编号:

请工整并准确地书写回答。出生证明是永久性法律文件，记录了孩子出生时的事件和信息，除非极有限的情况，否则之后不得更改。

孩子信息

孩子全名: 请按照您希望在孩子的出生证明上显示的方式，准确地工整书写他/她的姓名。分别在下面的方框中填写名字、中间名和姓氏:

*名字:

*中间名: 如果孩子的证明不填写中间名，请勾选此方框

*姓氏: (姓)

*辈分后缀 (如有): (例如 JR、III)

孩子的出生资料: 请输入孩子的出生日期和时间、男性还是女性，并注明孩子是单胎还是多胎:

*出生日期: (例如, 3月15日2011年)

月 _____ 日 _____ 年 _____

*时间:

上午 下午

*性别:

女

男

*胎数:

1-单胎 2-双胞胎 3-三胞胎 4-四胞胎

其他:

*出生顺序:

(如果不是单胎) 第1个 第2个 第3个 第4个 其他

您是否希望孩子的社会保障号码自动邮寄给您?

如果您回答“是”，我们将向社会保障局 (SSA) 发送一份电子申请表，SSA 将在孩子出生后六周内将卡邮寄至您的住所（或邮寄地址）。请注意，根据《1997 年纳税人救济法案》的规定，孩子社会保障卡的所有申请表必须包含家长的社会保障号码，这些信息将随孩子的电子申请表一起发送给 SSA。如果您回答“否”，那么您将需要到当地 SSA 办公室申请社会保障号码。此信息不在孩子的出生证明上显示。

您是否希望自动发放孩子的社会保障号码? 是 否

BabySteps 储蓄计划：立即启动您孩子的大学储蓄账户

您想收到\$50 美元用于您宝宝的未来教育吗？BabySteps 储蓄计划的一部分，任何马萨诸塞州居民且在 2020 年 1 月 1 日或之后出生或被收养的孩子均有资格在出生或收养后一年内获得 U.Fund 账户及免费存入 \$50 的种子资金，用于帮助支付未来的大学、职业或技术学校的费用。BabySteps 储蓄计划是一项大学储蓄账户种子计划，鼓励在“U.Fund 大学投资计划”（马萨诸塞州 529 计划）中进行大学储蓄。U.Fund 由马萨诸塞州教育金融管理局（MEFA）提供，并由富达投资公司进行管理。\$50 种子资金由马萨诸塞州财政部提供，可在孩子出生或收养后的一年内领取。如果您有兴趣获得有关 BabySteps 储蓄计划的信息，以及如何获得 \$50 的资金，请勾选下方的“是”方框。

在下方勾选“是”，即表示您授权马萨诸塞州公共卫生部向马萨诸塞州财政部和 MEFA 提供您的个人联系信息（电话号码、地址和电子邮件地址），以便他们向您提供更多信息，帮助您开设孩子的大学储蓄账户。账户成功开通后，州政府将存入 \$50。更多信息，请访问 babystepssavingsplan.org。

是，请向我发送信息和注册材料，以便我免费领取 \$50 BabySteps 储蓄计划资金

否，我不同意

联系信息

首选电子邮件地址：



马萨诸塞州
公共卫生部

人口记录登记和统计处 (Registry of Vital Records and Statistics)



办理活产证明的家长工作表 - 家长 1

仅供行政使用

您在下面提供的信息将用于制作孩子的出生证明。出生证明是永久性文件，将在孩子的终生使用以证明孩子的年龄、公民身份、身份认同和亲子关系。

请务必为所有问题提供完整且准确的信息。标有星号 (*) 的项目将印在孩子的合法出生证明上，但出于法律和/或公共卫生目的，每个项目都需要填写。健康和医疗研究人员可能会使用您的部分回答来研究并改善家长及新生儿的健康状况。这些信息收集活动符合《马萨诸塞州普通法》(c.111, § 24B)。另外，根据《1974 年联邦隐私法案》，特此通知您，披露您的社会保障号码是强制规定。州法律 M.G.L. c. 46 § 3D、M.G.L. c. 209C § 2 和 § 5 和 M.G.L. c. 119A § 14，以及联邦法律 P.L. 100-485 第 125 节均要求披露社会保障号码。社会保障号码用于确定家长身份，以及执行子女抚养命令。

请工整并准确地书写回答。 出生证明是永久性法律文件，记录了孩子出生时的事件和信息，除非极有限的情况，否则之后不得更改。

分娩家长病历号:

孩子病历号:

记录编号:

家长 1 信息

此部分用于填写孩子出生证明上的家长 1 栏。除非法院命令另有指示，否则本栏中出现的家长必须是分娩家长。

家长 1 - 法定全名: 请输入将在孩子出生证明上家长 1 部分出现的家长姓名。分别在下面的方框中填写名字、中间名和姓氏。该姓名是您在签署法律文件时使用的当前法定全名。

*名字:

*中间名: 如果家长 1 没有中间名，请勾选此方框。

*姓氏: (姓)

*辈分后缀 (如有): (例如 JR, III)

家长 1 - 电话: 如果您孩子的出生记录有问题，请提供与您联系的电话号码。电话不会印在孩子的出生证明上。

家长 1 - 社会保障号码 (SSN): 州和联邦法律要求所有出生登记均提供 SSN。SSN 不会印在孩子的出生证明上。

电话号码:

备用电话号码:

SSN:

请勾选 (如符合此情况): 我从未获得过社会保障号码

家长 1 - 出生资料: 请输入以下关于您的出生日期、您在出生时的姓名、性别以及出生地点等信息。出生地点应包括出生城市/镇，或者您本人的出生证明存档的当地管辖区。这些信息用于法律登记目的，同时也有助于家谱研究。

*出生日期: (例如, 3月27日 1980年)

月 日 年

*出生或收养时的姓氏: (婚前姓)

性别:

男

女

*出生地点:

国家 (请勿缩写, 美国除外)

州或省 (请勿缩写)

市/镇或当地管辖区 (请勿缩写)

家长 1 - 当前婚姻状况: 虽然您的婚姻状况不印在孩子的出生证明上, 但您仍有必要合法且准确地登记记录。未提供准确的婚姻状况信息可能导致孩子的出生证明无法登记, 给您孩子的一生带来法律的麻烦。

婚姻状况和亲子关系确定:

- 如果家长 1 未结婚, 且在孩子出生后 300 天内没有结婚, 则可在孩子出生时或稍晚些通过亲子关系自愿承认书添加第二家长。双方均必须签署此表格。
- 如果家长 1 当前已婚, 或者是在孩子出生后 300 天内已婚, 则配偶将在孩子的初始出生证明上被列为家长 2, 除非家长 1 和配偶签署非亲子关系宣誓书, 并且家长 1 和预期家长签署了亲子关系自愿承认书。
- 如需更多信息, 请向医院出生登记员寻求协助。
 - 关于亲子关系自愿承认书或非亲子关系宣誓书的问题, 也可联系: 人口记录登记和统计处(Registry of Vital Records and Statistics), 电话 (617) 740-2600。
 - 关于亲子关系法院判决、自愿承认、DNA 检测或其他关于确定出生时或将来亲子关系的问题, 可联系: 税务部子女抚养执法处, 电话 1-800-332-2733。

婚姻状况:			
<input type="checkbox"/> 已婚	<input type="checkbox"/> 离婚:	<i>离婚日期:</i>	<i>提出离婚的所在县/管辖区:</i>
<input type="checkbox"/> 未婚	<input type="checkbox"/> 丧偶:	<i>配偶死亡日期:</i>	
如果已婚、离婚或丧偶: 您的配偶或前配偶是否为这个孩子的家长? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果未婚, 且分娩医院不在居住的镇, 您可以要求在您的居住市/镇也保留一份出生证明的副本。			
如果这是您的情况, 您是否希望您孩子的出生证明也保存在您居住市/镇办事处? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			

家长 1 - 住所: 您的住所是您居住的实际地址。请勿使用邮政信箱或其他仅用于邮寄的地址。您居住的市或镇的名称必须按其法定和正式的名称列出。请不要列出社区、村庄或其他次级行政区域的名称。下一部分将询问您的邮寄地址。

*住所:		
<i>街道编号和名称 (例如 9 Ninth Street)</i>	<i>公寓或单元 (如有, 例如 Apt.9)</i>	
<i>正确的市/镇名称 (例如 Boston, 而不是 Mattapan)</i>	<i>州 (如果不是美国, 请填写省/州和国家) (请勿缩写)</i>	<i>邮政编码</i>
居住县:	如果不在马萨诸塞州, 您是否住在市界内?	
<i>您住在哪个县?</i>	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我不知道	

家长 1 - 邮寄地址: 请输入您的邮寄地址 (如果与居住地址不同)。该地址不在孩子的出生证明上显示, 但如果在是否允许自动发放孩子的社会保障号码方框中, 您勾选了“是”, 那么该地址将用于邮寄孩子的社会保障卡。如果出生证明有问题, 也可使用该地址与您联系。

邮寄地址:		
<i>门牌号和街道名称、邮政信箱或乡村门号 - 请写明您接收邮件的邮政投递地址</i>		
<i>市/镇</i>	<i>州 (如果不是美国, 请填写省/州和国家) (请勿缩写)</i>	<i>邮政编码</i>

工作表填写人:

请签名:

家长 1 家长 2 其他关系 _____



马萨诸塞州
公共卫生部



人口记录登记和统计处 (Registry of Vital Records and Statistics)

办理活产证明的家长工作表 - 家长 2

仅供行政使用

您在下面提供的信息将用于制作孩子的出生证明。出生证明是永久性文件，将在孩子的终生使用以证明他/她的年龄、公民身份、身份认同和亲子关系。

请务必为所有问题提供完整且准确的信息。**粗斜体**项目将印在孩子的合法出生证明上，但出于法律和/或公共卫生目的，每个项目都需要填写。健康和医疗研究人员将使用您的部分回答来研究并改善家长及新生儿的健康状况。这些信息收集活动符合《马萨诸塞州普通法》(c.111, § 24B)。另外，根据《1974 年联邦隐私法案》，特此通知您，披露您的社会保障号码是强制规定。州法律 M.G.L. c. 46 § 3D、M.G.L. c. 209C § 2 和 § 5 和 M.G.L. c. 119A § 14，以及联邦法律 P.L. 100-485 第 125 节均要求披露社会保障号码。社会保障号码用于确定家长身份，以及执行子女抚养命令。

分娩家长病历号:

孩子病历号:

记录编号:

请工整并准确地书写回答。出生证明是永久性法律文件，记录了孩子出生时的事件和信息，除非极有限的情况，否则之后不得更改。

家长 2 信息

本部分用于填写孩子出生证明上的家长 2 栏。请注明家长 2 与家长 1 的关系。

与家长 1 结婚，或在孩子出生后 300 天内与家长 1 结婚的。

未与家长 1 结婚，但将填写亲子关系自愿承认书或由法院命令指定。

- 如果家长 1 未结婚，并且没有在孩子出生后的 300 天内结婚，则可在孩子出生时或稍晚些通过亲子关系自愿承认书添加第二家长。家长双方均必须签署此表格。
- 如果家长 1 目前已婚，或是在孩子出生后 300 天内结婚的，但配偶不是孩子的预期第二家长，那么配偶将被列在孩子的出生证明上，除非配偶和家长 1 签署非亲子关系宣誓书，且预期第二家长和家长 1 签署亲子关系自愿承认书。
- 如果您对亲子关系或家长身份有疑问，请咨询医院出生登记员，或致电 (617) 740-2600 联系人口记录登记和统计处(Registry of Vital Records and Statistics)，或致电 1-800-332-2733 联系税务部子女抚养执法处。

家长 2 - 姓名: 请输入将在孩子出生证明家长 2 部分和/或亲子关系自愿承认书上出现的家长姓名。分别在下面的方框中填写名字、中间名和姓氏。该姓名是您在签署法律文件时使用的当前法定全名。

*名字:

*中间名: 如果家长 2 没有中间名，请勾选此方框。

*姓氏: (姓)

*辈分后缀 (如有): (例如 JR、III)

家长 2 - 社会保障号码 (SSN): 州和联邦法律要求所有出生登记均提供 SSN。SSN 不会印在孩子的出生证明上。

SSN:

请勾选 (如符合此情况): 我从未获得过社会保障号码

家长 2 - 出生资料: 请输入以下关于您的出生日期、在出生时的姓名、性别以及出生地点等信息。出生地点应包括出生城市/镇, 或者您本人的出生证明存档的当地管辖区。这些信息用于法律登记目的, 同时也有助于家谱研究。

*出生日期: (例如, 3月27日1980年) ____月 ____日 ____年		*出生或收养时的姓氏:	性别: <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
*出生地点:			
国家 (请勿缩写, 美国除外)		州或省 (请勿缩写)	市/镇或当地管辖区 (请勿缩写)

家长 2 - 住所: 您的住所是您居住的实际地址。请勿使用邮政信箱或其他仅用于邮寄的地址。您居住的市或镇的名称必须按其法定和正式的名称列出。请不要列出社区、村庄或其他次级行政区域的名称。

家长 2 居住地址是否与家长 1 相同。如果不同, 请填写:

住所:		
街道编号和名称 (例如 9 Ninth Street)		公寓或单元 (如有, 例如 Apt.9)
正确的市/镇名称 (例如 Boston, 而不是 Mattapan)	州 (如果不是美国, 请填写省/州和国家) (请勿缩写)	邮政编码
居住县: 您住在哪个县?	如果不在马萨诸塞州, 您是否住在市界内? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 我不知道	

工作表填写人: 请签名: <input type="checkbox"/> 家长 1 <input type="checkbox"/> 家长 2 <input type="checkbox"/> 其他关系 _____
--



马萨诸塞州
公共卫生部



人口记录登记和统计处 (Registry of Vital Records and Statistics)

出生信息保密报告家长工作表

仅供行政使用

保密信息

以下项目是根据马萨诸塞州法律 (M.G.L. Ch.111 § 24B) 必须收集的信息。该法律还要求医院报告与出生相关的其他医疗信息。这些信息完全保密管理, 用于公共卫生和人口统计、医疗研究以及计划规划。这些信息绝不在发给您或孩子的出生证明副本上显示。您的信息最常见的用途是与全马萨诸塞州和全美国的孕者数据相汇总, 并以表格和图表的形式发布, 但不会指明您的个人身份。

您提供的信息可以让规划者了解哪些市或镇需要改善公共卫生服务, 还可以提供医生安全接生所需的信息。例如, 您可以帮助当地学校部门预测学生人数, 为新生儿的教育制定计划; 您可以帮助研究人员和医生了解怀孕期间戒烟对胎儿发育的影响, 或者哪些职业在孕期可能会对胎儿造成危害; 您还可以帮助医疗服务提供者了解当地居民使用哪些语言, 以准备好翻译材料。

为汇编马萨诸塞州家庭及新生儿的准确数据, 我们迫切需要您的配合。这份数据是马萨诸塞州出生率统计信息的主要来源, 没有您的帮助, 我们将无从得知。规划者和医疗服务提供者利用出生数据来改善或创建针对家庭及其新生儿的新计划与服务。我们非常重视您的隐私。未经公共卫生部长的明确许可, 个人数据绝不会被公开, 即使公开也在非常严格的规定范围内。例如, 医院会将孩子的听力检测结果报告给公共卫生部的“新生儿听力筛查计划”, 以根据需求进行跟进。

分娩家长病历号:

孩子病历号:

记录编号:

家长 1

家长 1 - 族裔: 家长族裔相关信息有助于研究人员更深入地了解现有和新族裔社区的遗传状况、文化、地理位置, 这些可能会影响优质产前照护服务的惠及范围、妊娠结果, 以及少年儿童及其家庭的未来健康需求。

请注明您的族裔背景。您可以选择多项。

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 非洲裔 (详细说明): | <input type="checkbox"/> 韩国人 |
| <input type="checkbox"/> 非裔美国人 | <input type="checkbox"/> 老挝人 |
| <input type="checkbox"/> 美洲人 | <input type="checkbox"/> 墨西哥人、美籍墨西哥人、奇卡诺人 |
| <input type="checkbox"/> 亚洲印度人 | <input type="checkbox"/> 中东人 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 巴西人 | <input type="checkbox"/> 美洲原住民 (详细说明部落民族): _____ |
| <input type="checkbox"/> 柬埔寨人 | <input type="checkbox"/> 葡萄牙人 |
| <input type="checkbox"/> 佛得角人 | <input type="checkbox"/> 波多黎各人 |
| <input type="checkbox"/> 加勒比岛人 (详细说明): _____ | <input type="checkbox"/> 俄国人 |
| <input type="checkbox"/> 华人 | <input type="checkbox"/> 萨尔瓦多人 |
| <input type="checkbox"/> 哥伦比亚人 | <input type="checkbox"/> 越南人 |
| <input type="checkbox"/> 古巴人 | <input type="checkbox"/> 其他亚洲人 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 多米尼加人 | <input type="checkbox"/> 其他中美洲人 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 欧洲人 (详细说明): _____ | <input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 菲律宾人 | <input type="checkbox"/> 其他葡萄牙人 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 危地马拉人 | <input type="checkbox"/> 其他南美洲人 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 海地人 | <input type="checkbox"/> 其他未列出的族裔 (详细说明): _____ |
| <input type="checkbox"/> 洪都拉斯人 | |
| <input type="checkbox"/> 日本人 | |

家长 1 - 种族: 家长种族相关信息有助于研究人员更深入地了解跟种族有关的出生率、健康状况和其他因素, 这些因素可能影响马萨诸塞州各个社区的出生结果和健康服务需求。

请注明您的种族。您可以选择多项。

<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 (详细说明部落民族): _____	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔/其他 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民
<input type="checkbox"/> 黑人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人
<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人	<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔/黑人	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔/白人	<input type="checkbox"/> 其他未列出的种族 (详细说明): _____

家长 1 - 教育水平: 家长教育水平相关信息有助于研究人员更深入地了解马萨诸塞州家长们的年龄和教育水平趋势、选择的分娩方法和辅助生殖技术、健康教育材料所需要的阅读水平、各学区学校的健康信息需求, 以及其他可能影响出生结果和孕产健康因素。

截至分娩时, 您完成的最高教育程度是什么?

<input type="checkbox"/> 8 年级或以下	<input type="checkbox"/> 证书	<input type="checkbox"/> 博士学位 (例如 PhD、EdD) 或专业学位 (例如 MD、DDS、DVM、JD)
<input type="checkbox"/> 9 至 12 年级	<input type="checkbox"/> 副学士学位 (例如 AA、AS)	<input type="checkbox"/> 特殊教育
<input type="checkbox"/> 高中毕业或完成 GED (一般同等文凭)	<input type="checkbox"/> 学士学位 (例如 BA、AB、BS)	
<input type="checkbox"/> 有一些大学学分, 但没有学位	<input type="checkbox"/> 硕士学位 (例如 MA、MSW、MBA)	

家长 1 - 职业和行业: 家长所从事工作的相关信息有助于研究人员更深入地了解某些职业和行业可能如何影响出生结果。某些工作条件 (如接触有毒油漆和化学品、高压行业以及低收入) 可能会影响产妇的健康状况, 并与出生缺陷有关。

过去一年里的通常职业/工作:

例如: 计算机程序员、出纳员、家庭主妇、失业

所在行业? (您可以列出行业或公司名称):

例如: 软件公司、史密斯超市、自己家

吸烟情况: 怀孕前和怀孕期间吸烟情况的相关信息有助于医生为准家长提供更好的信息, 让他们了解吸烟对新生儿体重和其他出生结果的影响。这个问题将帮助我们了解在孕期的不同阶段减少或增加吸烟是否会产生不同的结果。

在以下时间段内, 分娩家长平均每天吸多少支烟或多少包烟?

	香烟支数	或者	香烟包数
怀孕之前 3 个月	_____		_____
孕期头 3 个月	_____		_____
孕期中间 3 个月	_____		_____
孕期第三期 (最后 3 个月)	_____		_____

家长 1 - 语言偏好: 家长偏好使用的或他们认为最容易阅读的语言的相关信息, 有助于公共卫生计划和医疗服务提供者更好地准备适当的翻译人员和翻译的信息。确定哪些邻里区和社区有许多说外语的居民, 有助于在最需要的地方安排翻译人员和材料。

您更愿意使用什么语言谈论健康问题或疑虑? 您更愿意阅读什么语言的健康相关资料?			
英语	谈论 阅读	索马里语	谈论 阅读
西班牙语	谈论 阅读	阿拉伯语	谈论 阅读
葡萄牙语	谈论 阅读	阿尔巴尼亚语	谈论 阅读
佛得角克里奥尔语	谈论 阅读	中文	谈论 阅读
海地克里奥尔语	谈论 阅读	(详细说明方言):	谈论 阅读
高棉语	谈论 阅读	俄语	谈论 阅读
越南语	谈论 阅读	美国手语	谈论 阅读
柬埔寨语	谈论 阅读	其他 (详细说明):	谈论 阅读

饮酒情况: 该问题将有助于了解哪些酒精量会对出生体重和其他出生结果产生影响, 以及在孕期不同时间饮酒是否会产生产不同的结果。如果获得有关孕期饮酒情况的真实数据, 那么医生可以为家长提供更好的建议。

您在怀孕之前的三个月内, 或怀孕期间是否饮酒?

是 否 如果是: 在怀孕前三个月, 您平均一周喝多少杯酒 (啤酒、葡萄酒或鸡尾酒)? _____

在怀孕的头三个月 (第一期), 您平均一周喝多少杯酒 (啤酒、葡萄酒或鸡尾酒)? _____

在怀孕的中间三个月 (第二期), 您平均一周喝多少杯酒 (啤酒、葡萄酒或鸡尾酒)? _____

在怀孕的第三期, 您平均一周喝多少杯酒 (啤酒、葡萄酒或鸡尾酒)? _____

既往孕史和早产: 与足月分娩的婴儿相比, 怀孕未满 37 周的早产儿往往需要住院更长时间, 健康问题也更多。之前有过早产史的家长罹患早产的风险更高。这个问题有助于公共卫生研究人员确定有多少家长有过早产史, 以及如何最好地改善对他们的照护。

在之前的怀孕中, 您是否因为临产或羊水破了而在预产期前 3 周以上分娩? 是 否 我不知道

当前怀孕和早产: 孕酮是一种重要的荷尔蒙, 有助于女性身体发育, 为健康妊娠做好准备。对于一些早产风险较高的女性, 孕酮治疗已被证明有助于预防早产。这些问题将帮助公共卫生研究人员确定有多少女性符合接受孕酮治疗的条件, 并找出阻碍治疗的因素。

在这次怀孕中, 您是否被告知子宫颈过短? 是 否 我不知道

在这次怀孕中, 是否向您提供了孕酮以预防早产?
(请只勾选一项)

是, 因为之前怀孕时曾早产

是, 因为这次怀孕时子宫颈过短

否

我不知道

您怀孕期间是否使用了孕酮?
(请只勾选一项)

是, 注射孕酮
 是, 阴道给用孕酮
 是, 口服孕酮药片
 否
 否, 我的保险不承保费用
 否, 我拒绝了
 我不知道

WIC 食品: 公共卫生计划规划者希望了解, **家长**是否因为怀孕而注册 WIC, 以及在孕期接受 WIC 是否帮助**家长**生下更健康的宝宝。此类信息可能有助于继续为家庭提供这样的计划。

您是否因为怀上这个孩子而接受 WIC (妇女、婴儿和儿童) 食品? 是 否 我不知道

在家分娩: 仅当您是在家分娩时才回答此问题。(否则, 您可以跳过此问题。) 这个问题将有助于了解有多少在家分娩是计划内的, 有多少是意外发生的, 从而提供统计信息和服务。

您是计划在家分娩, 还是希望在医院或分娩中心生产?

是, 我想在家生下宝宝 否, 我想在医院或分娩中心生下宝宝

体重和孕者与婴儿健康: 结合有关孕期体重增加的已知统计数据, 公共卫生研究人员想研究孕前体重, 以了解某些体重范围是否会**使家长**和**婴儿**更健康。

您的孕前体重是多少, 即您刚怀这个孩子之前的体重? _____ 磅

孕期牙科照护: 公共卫生研究人员想更多地了解孕期专业洗牙和牙科健康问题是否对新生儿健康产生影响, 以便医生可以为怀孕的一方提供更好的建议。

在这次怀孕期间, 您是否请牙医或牙科保健员给您进行了洗牙? 是 否

在怀孕期间, 您是否有任何口腔疾病? 是 否
 我不知道

如果您的上一次牙科就诊是在六个月前, 或如果您发现了任何口腔健康问题(例如牙龈肿胀或出血、龋齿、感染迹象), 您的产前照护提供者是否转介您看牙医? 是 否
 我不知道

生育趋势和技术

生育治疗和技术: 更好地了解生育药物和辅助生殖技术的使用情况将使研究人员能够确定新型治疗方法的使用趋势。这些数据也会帮助产科医生和患者更深入地了解, 根据产者年龄、与孩子的遗传关系和其他特征, **孕者与婴儿**可能面临的风险与益处。应填写分娩产妇的相关信息。

您是否服用过任何生育药物或通过医生、护士或其他医疗保健工作者提供的任何医疗程序, 以帮助您成功怀上这一胎? (这可能包括促排卵药物或辅助生殖技术等不孕不育治疗。) 是 否

如果您回答“是”:

在您成功怀上这一胎的当月, 您是否使用了以下任何一种生育治疗方法?

请勾选所有适用项:

医生处方的促排卵药物
生育药物包括 Clomid®、Serophene®、Pergonal® 或其他刺激排卵的药物。

人工授精或宫内人工授精
这是指将收集的精子 (而非卵子) 通过医疗方式将其植入生母体内。

辅助生殖技术
这是指将卵子和精子同时在实验室里处理的方法, 比如体外受精 [IVF]、配子输卵管内植入术 [GIFT]、受精卵输卵管内植入术 [ZIFT]、胞浆精子注射 [ICSI]、冷冻胚胎植入术或捐赠胚胎植入术。

在我成功怀上这一胎的当月没有使用生育治疗。

其他医疗治疗。请详细说明:

在这次怀孕期间, 是否适用以下任何一项? 请勾选所有适用项:

匿名卵子捐赠者 匿名精子捐赠者

已知捐赠者, 但不是预期家长* 代孕

皆不适用

***可选:** 记录与基因捐赠者相关的信息可能对孩子的医疗史有帮助。如果您愿意提供这些信息, 请填写以下内容:

姓名:	<input type="checkbox"/> 精子捐赠者	<input type="checkbox"/> 卵子捐赠者
姓名:	<input type="checkbox"/> 精子捐赠者	<input type="checkbox"/> 卵子捐赠者
姓名:	<input type="checkbox"/> 精子捐赠者	<input type="checkbox"/> 卵子捐赠者

家长 1 - 孕史

家长 1 - 身高: _____ 英尺 _____ 英寸	末次月经日期 (月/日/年) ____月 ____日 ____年
上次活产: 请不要包括这个婴儿。如果是多胎分娩, 请包括在这个婴儿之前分娩的仍在世的所看活产婴儿。	最后一次活产日期 (月/日/年) ____月 ____日 ____年
活产数量: _____ 活产但现已死亡数量: _____	
其他怀孕结果数量: 最终未活产的其他怀孕结果总数量。请包括任何孕龄的胎儿夭折——自然夭折、引产夭折和/或异位妊娠。如果是多胎分娩, 请包括在这个婴儿分娩之前的任何夭折结果, 不论胎龄多大。这可能包括此次怀孕或上一次怀孕发生的夭折。	最后一次其他怀孕结果日期 (月/日/年) ____月 ____日 ____年
其他怀孕结果数量 _____	

家长 2 - 族裔: 家长族裔相关信息有助于研究人员更深入地了解现有和新族裔社区的遗传状况、文化、地理位置, 这些可能会影响优质产前照护服务的惠及范围、妊娠结果, 以及少年儿童及其家庭的未来健康需求。

请注明您的族裔背景。您可以选择多项。

<input type="checkbox"/> 非洲裔 (详细说明):	<input type="checkbox"/> 韩国人
<input type="checkbox"/> 非裔美国人	<input type="checkbox"/> 老挝人
<input type="checkbox"/> 美洲人	<input type="checkbox"/> 墨西哥人、美籍墨西哥人、奇卡诺人
<input type="checkbox"/> 亚洲印度人	<input type="checkbox"/> 中东人 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 巴西人	<input type="checkbox"/> 美洲原住民 (详细说明部落民族): _____
<input type="checkbox"/> 柬埔寨人	<input type="checkbox"/> 葡萄牙人
<input type="checkbox"/> 佛得角人	<input type="checkbox"/> 波多黎各人
<input type="checkbox"/> 加勒比岛人 (详细说明): _____	<input type="checkbox"/> 俄国人
<input type="checkbox"/> 华人	<input type="checkbox"/> 萨尔瓦多人
<input type="checkbox"/> 哥伦比亚人	<input type="checkbox"/> 越南人
<input type="checkbox"/> 古巴人	<input type="checkbox"/> 其他亚洲人 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 多米尼加人	<input type="checkbox"/> 其他中美洲人 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 欧洲人 (详细说明): _____	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 菲律宾人	<input type="checkbox"/> 其他葡萄牙人 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 危地马拉人	<input type="checkbox"/> 其他南美洲人 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 海地人	<input type="checkbox"/> 其他未列出的族裔 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 洪都拉斯人	
<input type="checkbox"/> 日本人	

家长 2 - 种族: 家长种族相关信息有助于研究人员更深入地了解跟种族有关的出生率、健康状况和其他因素, 这些因素可能影响马萨诸塞州各个社区的出生结果和健康服务需求。

请注明您的种族。您可以选择多项。

<input type="checkbox"/> 美洲印第安人/阿拉斯加原住民 (详细说明部落民族): _____	<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔/其他 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 亚洲人	<input type="checkbox"/> 夏威夷原住民
<input type="checkbox"/> 黑人	<input type="checkbox"/> 萨摩亚人
<input type="checkbox"/> 关岛人或查莫罗人	<input type="checkbox"/> 白人
<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔/黑人	<input type="checkbox"/> 其他太平洋岛民 (详细说明): _____
<input type="checkbox"/> 西班牙裔/拉丁裔/白人	<input type="checkbox"/> 其他未列出的种族 (详细说明): _____

家长 2 - 教育水平: 家长教育水平相关信息有助于研究人员更深入地了解马萨诸塞州家长们的年龄和教育水平趋势、选择的分娩方法和辅助生殖技术、健康教育材料所需要的阅读水平、各学区学校的健康信息需求, 以及其他可能影响出生结果和孕者与婴儿健康的因素。

截至分娩时, 您完成的最高教育程度是什么?

<input type="checkbox"/> 8 年级或以下	<input type="checkbox"/> 证书	<input type="checkbox"/> 博士学位 (例如 PhD、EdD) 或专业学位 (例如 MD、DDS、DVM、JD)
<input type="checkbox"/> 9 至 12 年级	<input type="checkbox"/> 副学士学位 (例如 AA、AS)	<input type="checkbox"/> 特殊教育
<input type="checkbox"/> 高中毕业或完成 GED (一般同等文凭)	<input type="checkbox"/> 学士学位 (例如 BA、AB、BS)	
<input type="checkbox"/> 有一些大学学分, 但没有学位	<input type="checkbox"/> 硕士学位 (例如 MA、MSW、MBA)	

家长 2 - 职业和行业: 家长所从事工作的相关信息有助于研究人员更深入地了解某些职业和行业可能如何影响出生结果。某些工作条件 (如接触有毒油漆和化学品、高压行业以及低收入) 可能会影响产妇的健康状况, 并与出生缺陷有关。

<p>过去一年里的通常职业/工作:</p> <p>例如: 计算机程序员、出纳员、家庭主妇、失业</p>	<p>所在行业? (您可以列出行业或公司名称):</p> <p>例如: 软件公司、史密斯超市、自己家</p>
--	---

请将本工作表交还给医院出生登记员, 或遵循其他指示。谢谢。