



Штат Массачусетс
 Департамент здравоохранения
 Регистр записей актов гражданского состояния и статистики

Форма для получения свидетельства о рождении – информация о ребенке (для заполнения родителем)



Информация, которую вы предоставите ниже, будет использована для выдачи свидетельства о рождении вашего ребенка. Свидетельство о рождении — это бессрочный документ, который будет использоваться на протяжении всей жизни вашего ребенка для подтверждения его возраста, гражданства, личности и происхождения.

Очень важно, чтобы вы предоставили полные и точные ответы на все вопросы. Пункты, отмеченные звездочкой (*), будут напечатаны в официальном свидетельстве о рождении вашего ребенка. Каждый пункт необходим для юридических целей и/или целей общественного здравоохранения. Некоторые из ваших ответов будут использоваться специалистами в области здравоохранения и медицины для изучения и улучшения состояния здоровья родителей и новорожденных. Данная информация собирается в соответствии с Общим законом штата Массачусетс (гл.111, §24B).

Все ответы в форме заполняются печатными буквами, аккуратно и точно. Свидетельство о рождении является бессрочным официальным документом, который представляет собой запись событий и информации на момент рождения вашего ребенка и не может быть изменен позднее, за исключением редких особых обстоятельств.

Только для служебных отметок

Номер медицинской карты родителя:

Номер медицинской карты ребенка:

Журнал №

СВЕДЕНИЯ О РЕБЕНКЕ

Полное имя ребенка: Печатными буквами укажите полное официальное имя вашего ребенка так, как вы хотите, чтобы оно было указано в свидетельстве о его рождении.

Отдельно укажите имя, второе имя и фамилию в соответствующих полях ниже:

*Имя:	
*Второе имя: <input type="checkbox"/> Отметьте галочкой, если у вашего ребенка <i>не будет</i> второго имени	
*Фамилия: (Фамилия)	*Приставка к имени, если применимо: (например, JR (мл.), III)

Факты о рождении ребенка: Укажите дату и время рождения вашего ребенка (мужского или женского пола), а также укажите, родился ли ваш ребенок в результате одноплодной или многоплодной беременности:

<p>*Дата рождения: (например: март 15 2011 г.)</p> <p>_____</p> <p>Месяц День Год</p>	<p>*Пол:</p> <p><input type="checkbox"/> Женский</p> <p><input type="checkbox"/> Мужской</p>	<p>*Количество плодов при беременности:</p> <p><input type="checkbox"/> 1-Один <input type="checkbox"/> 2-Близнец <input type="checkbox"/> 3-Тройня <input type="checkbox"/> 4-Один из четырех близнецов</p> <p><input type="checkbox"/> Другое:</p>
<p>*Время:</p> <p>_____ : _____</p> <p><input type="checkbox"/> до полудня <input type="checkbox"/> после полудня</p>	<p>*Порядок рождения: (при многоплодных родах)</p> <p><input type="checkbox"/> 1-й <input type="checkbox"/> 2-й <input type="checkbox"/> 3-й <input type="checkbox"/> 4-й <input type="checkbox"/> Другое</p>	

Хотите ли вы, чтобы номер социального страхования вашего ребенка был направлен вам автоматически?

Если вы отметите «Да», электронное заявление будет отправлено в Управление социального обеспечения (SSA), а карта с номером социального страхования будет отправлена по адресу вашего места жительства (или на почтовый адрес) в течение шести недель после рождения. Обратите внимание, что в соответствии с Законом о льготах для налогоплательщиков 1997 года все заявления на получение карты социального страхования ребенка должны содержать номер(-а) социального страхования родителя(-ей), и эта информация будет отправлена в Управление социального обеспечения вместе с электронным заявлением на вашего ребенка. Если вы ответите «Нет», вам необходимо подать заявление на получение номера социального страхования в местном отделении Управления социального обеспечения. Данная информация не указывается в свидетельстве о рождении вашего ребенка.

Хотите ли вы, чтобы номер социального страхования вашего ребенка был направлен вам автоматически?

Да Нет

ТОЛЬКО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕВОДА

Сберегательный план BabySteps: Создайте сберегательный счет для оплаты обучения в колледже вашего ребенка уже сегодня

Хотели бы вы получить 50 долл. США на будущее образование вашего ребенка? В рамках сберегательного плана BabySteps любой ребенок, проживающий в штате Массачусетс и родившийся или усыновленный 1 января 2020 года и позднее, имеет право на получение бесплатного начального депозита в размере 50 долл. США на счет U.Fund в течение одного года с момента рождения или усыновления в качестве помощи для оплаты будущих расходов на обучение в колледже, профессиональном или техническом училище. Сберегательный план BabySteps — это программа сберегательных счетов для оплаты образования, которая помогает откладывать деньги на обучение в колледже в рамках Плана инвестирования колледжей U.Fund, Плана Массачусетс 529. U.Fund рекомендован Управлением финансирования образования штата Массачусетс (MEFA) и находится под управлением «Фиделити Инвестментс» (Fidelity Investments). Начальный депозит в размере 50 долл. США предоставляется казначеем штата Массачусетс и может быть получен в течение одного года с момента рождения или усыновления ребенка. Если вы заинтересованы в получении информации о плане сбережений BabySteps и хотите больше узнать о том, как получить депозит в размере 50 долл. США, отметьте вариант «Да» ниже.

Выбор варианта «Да» в поле означает согласие на передачу Департаментом общественного здравоохранения штата Массачусетс Казначейству штата Массачусетс и Управлению финансирования образования Массачусетса (MEFA) вашей личной контактной информации (номера телефона, адреса и адреса электронной почты) с целью предоставления вам дополнительной информации и помощи в открытии сберегательного счета для оплаты обучения вашего ребенка в высшем учебном заведении. Штат внесет 50 долл. США после успешного открытия счета. Посетите сайт babystepssavingsplan.org для получения дополнительной информации.

Да, пожалуйста, пришлите мне информацию и материалы для регистрации, чтобы получить бесплатный депозит в размере 50 долл. США по сберегательному плану BabySteps

Нет, я не даю свое согласие

Контактная информация

Предпочтительный адрес электронной почты:



Штат Массачусетс
 Департамент здравоохранения
 Реестр записей актов гражданского состояния и статистики

Форма для получения свидетельства о рождении – информация о родителе 1 (для заполнения родителем)



Информация, которую вы предоставите ниже, будет использована для выдачи свидетельства о рождении вашего ребенка. Свидетельство о рождении — это бессрочный документ, который будет использоваться на протяжении всей жизни вашего ребенка для подтверждения его возраста, гражданства, личности и происхождения.

Очень важно, чтобы вы предоставили полные и точные ответы на все вопросы. Пункты, отмеченные звездочкой (*), будут напечатаны в официальном свидетельстве о рождении вашего ребенка. Каждый пункт необходим для юридических целей и/или целей общественного здравоохранения. Некоторые из ваших ответов могут использоваться специалистами в области здравоохранения и медицины для изучения и улучшения состояния здоровья родителей и новорожденных. Данная информация собирается в соответствии с Общим законом штата Массачусетс (гл.111, §24B). Кроме того, в соответствии с Федеральным законом о конфиденциальности 1974 года настоящим уведомляем вас о том, что раскрытие вашего номера социального страхования является обязательным. Раскрытие номера социального страхования требуется в соответствии с законодательством штата: Основной закон штата Массачусетс гл. 46 §3D, Основной закон штата Массачусетс гл. 209C §2 и §5 и Основной закон штата Массачусетс гл. 119A §14 и федеральным законом, статья 125 Публичного закона 100–485. Номер социального страхования используется для идентификации родителя(ей) и исполнения постановлений о назначении алиментов.

Все ответы в форме заполняются печатными буквами, аккуратно и точно. Свидетельство о рождении является бессрочным официальным документом, который представляет собой запись событий и информации на момент рождения вашего ребенка и не может быть изменен позднее, за исключением редких особых обстоятельств.

Только для служебных отметок

Номер медицинской карты родителя:

Номер медицинской карты ребенка:

Журнал №

СВЕДЕНИЯ О РОДИТЕЛЕ 1

Данный раздел используется для заполнения информации в полях «Родитель 1» в свидетельстве о рождении ребенка. Родитель, указанный в этом разделе, должен являться родителем, который родил ребенка, если иное не указано по постановлению суда.

Родитель 1 – Полное имя согласно документам: Укажите имя родителя, которое будет указано в разделе «Родитель 1» свидетельства о рождении ребенка. Отдельно укажите имя, второе имя и фамилию в соответствующих полях. Необходимо указать ваше полное имя согласно документам, которое используется для подписания юридических документов.

*Имя:	
*Второе имя: <input type="checkbox"/> Отметьте галочкой, если у Родителя 1 нет второго имени.	
*Фамилия: (Фамилия)	*Приставка к имени, если применимо: (например, JR (мл.), III)

Родитель 1 – Телефон: Укажите номера телефонов, по которым можно связаться с вами, если возникнут проблемы с внесением информации в свидетельство о рождении вашего ребенка. Телефон не указывается в свидетельстве о рождении вашего ребенка.

Родитель 1 – Номер социального страхования: Номер социального страхования требуется в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством в целях регистрации факта рождения. Номер социального страхования не указывается в свидетельстве о рождении вашего ребенка.

Номер телефона:	Дополнительный номер телефона:	Номер социального страхования: Отметить, если: <input type="checkbox"/> Не получал(-а) номер социального страхования
-----------------	--------------------------------	---

Родитель 1 – Информация о рождении: Укажите дату вашего рождения, свое имя на момент рождения, свой пол и место рождения. Место рождения должно содержать информацию о городе/населенном пункте рождения или местной юрисдикции, в которой зарегистрировано ваше свидетельство о рождении. Данная информация необходима для целей юридической регистрации, а также полезна для семейно-генеалогических исследований.

*Дата рождения: <i>например Март 27 1980 г.)</i>		*Фамилия при рождении или усыновлении: <i>(Фамилия до брака)</i>	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Месяц	День Год		
*Место рождения:			
<i>Страна (Запрещается использовать сокращения для иностранных государств)</i>	<i>Штат или провинция рождения (Запрещается использовать сокращения)</i>	<i>Город/населенный пункт или местная юрисдикция (Запрещается использовать сокращения)</i>	

ТОЛЬКО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕВОДА

Родитель 1 – Текущее семейное положение: Хотя ваше семейное положение не указывается в свидетельстве о рождении вашего ребенка, данную информацию необходимо оформить надлежащим и законным образом. Предоставление неточной информации о семейном положении может привести к тому, что свидетельство о рождении вашего ребенка останется незарегистрированным, что, в свою очередь, приведет к юридическим трудностям на протяжении всей жизни вашего ребенка.

Семейное положение и установление отцовства:

- Если родитель 1 не состоит в браке и не состоял в браке в течение 300 дней после рождения ребенка, второй родитель может быть внесен в актовую запись путем заполнения Заявления о добровольном признании отцовства/материнства на момент рождения ребенка или позднее. Данное заявление подписывают оба родителя.
- Если родитель 1 в настоящее время состоит в браке или вступил в брак в течение 300 дней после рождения, супруг будет указан как родитель 2 в первоначальном свидетельстве о рождении ребенка, если только родитель 1 и супруг не подпишут Аффидевит об отсутствии факта отцовства/материнства, а также родитель 1 и предполагаемый второй родитель – Заявление о добровольном признании отцовства/материнства.
- Для получения дополнительной информации обратитесь к регистратору фактов рождения вашей больницы.
 - Вопросы по Заявлению о добровольном признании отцовства/материнства или Аффидевиту об отсутствии факта отцовства/материнства также можно направить в: Реестр записей актов гражданского состояния и статистики, тел. (617) 740-2600.
 - Вопросы о судебных решениях об установлении отцовства, добровольном признании отцовства/материнства, ДНК-тестировании или другие вопросы об установлении отцовства при рождении или в будущем могут быть направлены в: Департамент доходов, Отдел взыскания алиментов, тел. 1-800-332-2733.

Семейное положение:			
<input type="checkbox"/> Состою в браке	<input type="checkbox"/> Разведен(-а):	Дата развода:	Округ/юрисдикция, где подано заявление:
<input type="checkbox"/> В браке никогда не состоял(-а)	<input type="checkbox"/> Вдовец/Вдова:	Дата смерти супруга(-и):	
Если в браке, в разводе или вдовец/вдова: Является ли ваш супруг или бывший супруг родителем этого ребенка?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Если вы НЕ состоите в браке и живете в другом городе, (не в том, где находится роддом), вы также можете попросить, чтобы копия свидетельства о рождении хранилась в городе/населенном пункте вашего проживания. Хотите ли вы, чтобы свидетельство о рождении вашего ребенка также хранилось в канцелярии города/населенного пункта вашего проживания?			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			

Родитель 1 – Место проживания: Вашим местом жительства является фактический адрес места, где вы проживаете. Не указывайте номер абонентского ящика или иной адрес, используемый только для почтовых целей. Город и населенный пункт, в котором вы проживаете, должны быть указаны по их официальному названию. Не указывайте название района, деревни или другого территориального подразделения. Место для указания почтового адреса предусмотрено в следующем разделе.

*Место проживания:		
Номер дома и название улицы (например, Девятая улица, 9)		Квартира или блок, при наличии (например, кв. 9)
Официальное название города/населенного пункта (например, Бостон, а не Маттапан)	Штат (Провинция/штат и страна, если вы указываете иностранное государство) (Запрещается использовать сокращения)	Почтовый индекс
Округ проживания:	Если НЕ в штате Массачусетс, проживаете ли вы в черте города?	
В каком округе вы проживаете?	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю	

Родитель 1 – Почтовый адрес: Укажите свой почтовый адрес, если он отличается от адреса вашего проживания. Данный адрес не указывается в свидетельстве о рождении вашего ребенка, но используется для отправки карты социального страхования вашего ребенка по почте, если вы отметили «Да» в ответе на вопрос об автоматическом

оформлении номера социального страхования для ребенка. Он также может использоваться для связи с вами, если возникнут проблемы с внесением информации в свидетельство о рождении.

Почтовый адрес:

номер дома и улица, а/я или номер зоны доставки почты в сельскую местность – Укажите почтовый адрес, на который вы получаете почту

<i>Город</i>	<i>Штат (Провинция/штат и страна, если вы указываете иностранное государство) (запрещено указывать сокращения)</i>	<i>Почтовый индекс</i>

Форму заполнил(-а):

Поставьте свою подпись здесь: _____

Родитель 1 Родитель 2 Иной родственник _____

ТОЛЬКО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕВОДА



Штат Массачусетс
Департамент здравоохранения
Реестр записей актов гражданского состояния и статистики



Форма для получения свидетельства о рождении – информация о родителе 2 (для заполнения родителем)

Информация, которую вы предоставите ниже, будет использована для выдачи свидетельства о рождении вашего ребенка. Свидетельство о рождении — это бессрочный документ, который будет использоваться на протяжении всей жизни вашего ребенка для подтверждения его возраста, гражданства, личности и происхождения.

Очень важно, чтобы вы предоставили полные и точные ответы на все вопросы. Пункты, выделенные **жирным курсивом**, вносятся в официальное свидетельство о рождении вашего ребенка, однако абсолютно все пункты необходимы для юридических целей и/или целей общественного здравоохранения. Некоторые из ваших ответов будут использоваться специалистами в области здравоохранения и медицины для изучения и улучшения состояния здоровья родителей и новорожденных. Данная информация собирается в соответствии с Общим законом штата Массачусетс (гл.111, §24B). Кроме того, в соответствии с Федеральным законом о конфиденциальности 1974 года настоящим уведомляем вас о том, что раскрытие вашего номера социального страхования является обязательным. Раскрытие номера социального страхования требуется в соответствии с законодательством штата: Основной закон штата Массачусетс гл. 46 §3D, Основной закон штата Массачусетс гл. 209C §2 и §5 и Основной закон штата Массачусетс гл. 119A §14 и федеральным законом, статья 125 Публичного закона 100–485. Номер социального страхования используется для идентификации родителя(ей) и исполнения постановлений о назначении алиментов.

Все ответы в форме заполняются печатными буквами, аккуратно и точно. Свидетельство о рождении является бессрочным официальным документом, который представляет собой запись событий и информации на момент рождения вашего ребенка и не может быть изменен позднее, за исключением редких особых обстоятельств.

Только для служебных отметок

Номер медицинской карты родителя:

Номер медицинской карты ребенка:

Журнал №

РОДИТЕЛЬ 2 Информация

Данный раздел используется для заполнения информации в полях «Родитель 2» в свидетельстве о рождении ребенка. Укажите отношение родителя 2 к родителю 1.

- Состоит в браке с родителем 1 или вступил в брак с родителем 1 в течение 300 дней после рождения ребенка.
- Не состоит в браке с родителем 1, но будет подавать *Заявление о добровольном признании отцовства/материнства* или признан родителем по решению суда.
- Если родитель 1 не состоит в браке и *не состоял* в браке в течение 300 дней после рождения ребенка, второй родитель может быть внесен в актовую запись путем подачи *Заявления о добровольном признании отцовства/материнства* на момент рождения ребенка или позднее. Данное заявление подписывают оба родителя.
 - Если родитель 1 в настоящее время состоит в браке или *состоял* в брак в течение 300 дней после рождения с кем-либо, кроме предполагаемого второго родителя ребенка, супруг будет указан в свидетельстве о рождении ребенка, *если только* родитель 1 и супруг не подпишут *Аффидевит об отсутствии факта отцовства/материнства*, при этом родитель 1 и предполагаемый второй родитель подпишут *Заявление о добровольном признании отцовства/материнства*.
 - Если у вас есть вопросы об отцовстве или родительском статусе, обратитесь к регистратору больницы или в Реестр записей актов гражданского состояния и статистики по телефону (617) 740-2600, или свяжитесь с Отделом взыскания алиментов в Департаменте доходов по телефону 1-800-332- 2733.

Родитель 2 – Полное имя: Укажите имя родителя, которое будет указано в разделе «Родитель 2» свидетельства о рождении ребенка и/или в *Заявлении о добровольном признании отцовства/материнства*. Отдельно укажите имя, второе имя и фамилию в соответствующих полях. Необходимо указать ваше полное имя согласно документам, которое используется для подписания юридических документов.

*Имя:	
*Второе имя: <input type="checkbox"/> Отметьте галочкой, если у родителя 2 нет второго имени.	
*Фамилия: (Фамилия)	*Приставка к имени, если применимо: (например, JR (мл.), III)

Родитель 2 – Номер социального страхования: Номер социального страхования требуется в соответствии с законодательством штата и федеральным законодательством в целях регистрации факта рождения. Номер социального страхования не указывается в свидетельстве о рождении вашего ребенка.

Номер социального страхования:
Отметить, если: <input type="checkbox"/> Не получал(-а) номер социального страхования

ТОЛЬКО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕВОДА

Родитель 2 – Информация о рождении ребенка: Укажите дату вашего рождения, свое имя на момент рождения, свой пол и место рождения. Место рождения должно содержать информацию о городе/населенном пункте рождения или местной юрисдикции, в которой зарегистрировано ваше свидетельство о рождении. Данная информация необходима для целей юридической регистрации, а также полезна для семейно-генеалогических исследований.

*Дата рождения: <i>например Март 27 1980 г.</i>		*Фамилия при рождении или усыновлении:	Пол: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский
Месяц	День	Год	
*Место рождения:			
Страна (Запрещается использовать сокращения для иностранных государств)		Штат или провинция рождения (Запрещается использовать сокращения)	Город/населенный пункт или местная юрисдикция (Запрещается использовать сокращения)

Родитель 2 – Место проживания: Вашим местом жительства является фактический адрес места, где вы проживаете. Не указывайте номер абонентского ящика или иной адрес, используемый только для почтовых целей. Город и населенный пункт, в котором вы проживаете, должны быть указаны по их официальному названию. Не указывайте название района, деревни или другого территориального подразделения.

Адрес проживания Родителя 2 совпадает с адресом проживания Родителя 1. Если адрес не совпадает, то заполните поля ниже:

Место проживания:		
Номер дома и название улицы (например, Девятая улица, 9)		Квартира или блок, при наличии (например, кв. 9)
Официальное название города/населенного пункта (например, Бостон, а не Маттапан)	Штат (Провинция/штат и страна, если вы указываете иностранное государство) (Запрещается использовать сокращения)	Почтовый индекс
Округ проживания:	Если НЕ в штате Массачусетс, проживаете ли вы в черте города? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Я не знаю	
В каком округе вы проживаете?		

<p>Форму заполнил(-а):</p> <p>Поставьте свою подпись здесь:</p> <p><input type="checkbox"/> Родитель 1 <input type="checkbox"/> Родитель 2 <input type="checkbox"/> Иной родственник _____</p>



Штат Массачусетс
 Департамент здравоохранения
 Регистр записей актов гражданского состояния и статистики
Форма для конфиденциального сообщения о рождении ребенка
 (заполняется родителем)



Конфиденциальная информация

Следующие пункты необходимо заполнить в соответствии с законодательством штата Массачусетс (Общий закон штата Массачусетс гл. 111 §24B). Закон также требует, чтобы больницы сообщали дополнительную медицинскую информацию, связанную с родами. Эта информация остается полностью конфиденциальной и используется для статистики в сфере общественного здравоохранения и учета населения, медицинских исследований и планирования программ. Данная информация ни при каких обстоятельствах не вносится в свидетельство о рождении, выданное вам или вашему ребенку. Ваши данные, как правило, используются совместно с данными матерей штата Массачусетса и США и публикуются в таблицах и диаграммах без раскрытия личности.

Предоставленная вами информация позволяет специалистам по планированию узнать, какие города нуждаются в более качественных услугах общественного здравоохранения, а также предоставляет факты, которые ваш врач должен знать для обеспечения безопасности в родах. Так, вы поможете местным школьным управлениям образования прогнозировать количество учащихся для планирования обучения вашего новорожденного, исследователям и врачам – узнать, какое влияние отказ от курения во время беременности оказывает на развитие плода или какие профессии могут быть опасными во время беременности, а также вы помогаете медицинским работникам узнать, на каких языках говорят в их районе, чтобы подготовить перевод необходимых материалов.

Ваше сотрудничество необходимо для сбора точных данных о семьях штата Массачусетс и их новорожденных детях. Это основной источник статистической информации о фактах рождения в штате Массачусетс, которая без вашей помощи осталась бы неизвестной. Специалисты по планированию и медицинские работники используют данные о рождении для улучшения или создания новых программ и услуг для семей и их новорожденных детей. Мы крайне серьезно относимся к вопросу вашей конфиденциальности. Личные данные никогда не разглашаются без специального разрешения Комиссара общественного здравоохранения и только в рамках очень строгих правил. В качестве примера разрешенного использования личной информации можно привести направление больницей информации о результатах проверки слуха вашего ребенка для внесения данных в программу универсального скрининга слуха новорожденных Департамента общественного здравоохранения с целью последующего наблюдения, если это необходимо.

Только для служебных отметок

Номер медицинской карты родителя:

Номер медицинской карты ребенка:

Журнал №

РОДИТЕЛЬ 1

Родитель 1 – Этническая принадлежность: Информация об этнической принадлежности родителей помогает специалистам лучше понять генетические условия, культуру и географическое расположение существующих и новых этнических сообществ, которые могут повлиять на доступность качественных услуг по родовому уходу, исход беременности и будущие потребности в области здравоохранения детей младшего возраста и их семей.

Укажите ваше этническое происхождение. Вы можете отметить несколько пунктов одновременно.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Африканец/африканка (указать): | <input type="checkbox"/> Корец/корейка |
| <input type="checkbox"/> Афроамериканец/афроамерика | <input type="checkbox"/> Лаосец/лаоска |
| <input type="checkbox"/> Американец/американка | <input type="checkbox"/> Мексиканец/мексиканка, Американец/американка мексиканского происхождения, Чикано |
| <input type="checkbox"/> Индеец/индианка | <input type="checkbox"/> Представитель ближневосточного происхождения (указать): |
| <input type="checkbox"/> Бразилец/бразильянка | <input type="checkbox"/> Коренной американец (указать племенной народ(-ы)): |
| <input type="checkbox"/> Уроженец/уроженка | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кабовердинец/кабовердинка | <input type="checkbox"/> Португалец/португалка |
| <input type="checkbox"/> Уроженец/уроженка Карибских островов (указать): | <input type="checkbox"/> Пуэрториканец/пуэрториканка |
| <input type="checkbox"/> Китаец/китаянка | <input type="checkbox"/> Русский/русская |
| <input type="checkbox"/> Колумбиец/колумбийка | <input type="checkbox"/> Сальвадорец/сальвадорка |
| <input type="checkbox"/> Кубинец/кубинка | <input type="checkbox"/> Вьетнамец/вьетнамка |
| <input type="checkbox"/> Доминиканец/доминиканка | <input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) иной азиатской страны (указать): |
| <input type="checkbox"/> Европейское происхождение (указать): | <input type="checkbox"/> Прочие регионы Центральной Америки (указать): |
| <input type="checkbox"/> Филиппинец/филиппинка | <input type="checkbox"/> Уроженец островов Тихого океана (указать): |
| <input type="checkbox"/> Гватемалец/гватемалка | <input type="checkbox"/> Прочие португальские этносы (указать): |
| <input type="checkbox"/> Гаитянин/гаитянка | <input type="checkbox"/> Другие южноамериканские этносы (указать): |
| <input type="checkbox"/> Гондурасец/гондураска | <input type="checkbox"/> Другие этносы, не указанные в списке (указать): |
| <input type="checkbox"/> Японец/японка | _____ |

Родитель 1 – Раса: Информация о расовой принадлежности родителей помогает специалистам оценить уровень рождаемости, состояние здоровья и другие факторы, связанные с расой, которые могут повлиять на исход родов и потребности в медицинском обслуживании в сообществах штата Массачусетс.

Укажите вашу расовую принадлежность. *Вы можете отметить несколько пунктов одновременно.*

<input type="checkbox"/> Представитель коренного населения Америки/Аляски (указать племенной народ(-ы)):	<input type="checkbox"/> Лицо испанского / латиноамериканского происхождения / иное (указать): _____
<input type="checkbox"/> Монголоидная раса	<input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) гавайских островов
<input type="checkbox"/> Негроидная раса	<input type="checkbox"/> Самоанец/самоанка
<input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) о. Гуам или северных Марианских островов (чаморро)	<input type="checkbox"/> Европейская раса
<input type="checkbox"/> Лицо испанского / латиноамериканского происхождения / представитель негроидной расы	<input type="checkbox"/> Уроженец островов Тихого океана (указать): _____
<input type="checkbox"/> Лицо испанского / латиноамериканского происхождения / представитель европейской расы	<input type="checkbox"/> Представитель другой расы, не перечисленной выше (указать): _____

Родитель 1 – Образование: Информация об уровне образования родителей помогает специалистам лучше понять тенденции в возрасте и уровне образования родителей штата Массачусетс, в том числе относительно выбора методов родовспоможения и вспомогательных репродуктивных технологий, уровень навыков чтения, необходимый для изучения материалов по санитарному просвещению, потребности в медицинской информации в школах по округам и другие факторы, которые могут влиять на исход родов и здоровье матери и ребенка.

Какой уровень образования вы имеете на момент родов?

<input type="checkbox"/> 8 классов школы или меньше	<input type="checkbox"/> Сертификат об обучении	<input type="checkbox"/> Докторская степень (например: PhD, EdD) или профессиональная степень
<input type="checkbox"/> 9–12 классов школы	<input type="checkbox"/> Степень младшего специалиста (например: AA, AS)	или (например: MD, DDS, DVM, JD)
<input type="checkbox"/> Средняя школа или общее образование	<input type="checkbox"/> Степень бакалавра (например: BA, AB, BS)	<input type="checkbox"/> Коррекционное образование
<input type="checkbox"/> Неоконченное высшее образование	<input type="checkbox"/> Степень магистра (например: MA, MSW, MBA)	

Родитель 1 – Род занятий и сфера деятельности: Информация о занятости родителей помогает сотрудникам узнать больше о том, как определенные профессии и отрасли могут влиять на исход родов. Определенные условия труда, такие как воздействие токсичных красок и химикатов, отрасли промышленности, связанные с высоким уровнем стресса, и профессии с низким доходом, могут влиять на состояние здоровья матери и быть связаны с наличием врожденных дефектов у ребенка.

Основное место работы/должность в течение последнего года:

Примеры: Программист, кассир, домохозяйка, безработный(-ая)

В какой отрасли? (Вы можете указать отрасль или название компании):

Примеры: Компания-разработчик программного обеспечения, супермаркет Smith's, собственный дом

Информация об употреблении табачных изделий: Информация об употреблении табачных изделий до и во время беременности помогает врачам предоставлять будущим родителям более полную информацию о влиянии курения на массу тела ребенка при рождении и другие данные. Ответ на данный вопрос поможет выяснить, дает ли сокращение или увеличение объема употребления табачных изделий на разных этапах беременности разные результаты.

Сколько сигарет ИЛИ пачек сигарет выкуривал родитель (родивший ребенка) в среднем в день в течение каждого из последующих периодов времени?

	Количество сигарет	или	Количество пачек
За 3 месяца до беременности	_____		_____
В первый триместр беременности	_____		_____
Во второй триместр беременности	_____		_____
В третий триместр (последние 3 месяца) беременности	_____		_____

Родитель 1 – Предпочтительный язык общения: Информация о языке, на котором родители предпочитают говорить или на котором им легче всего читать, помогает разработчикам программ общественного здравоохранения и медицинским работникам лучше подготовиться, привлечь переводчиков и перевести необходимые материалы. Определение районов и сообществ с большим количеством жителей, говорящих на иностранном языке, помогает привлечь переводчиков и разместить переведенные материалы там, где они больше всего нужны.

На каком языке вы <i>предпочитаете</i> говорить, когда обсуждаете вопросы или проблемы со здоровьем?			
На каком языке вы <i>предпочитаете</i> читать материалы, связанные со здоровьем?			
Английский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Сомалийский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Испанский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Арабский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Португальский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Албанский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Кабовердийский креольский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Китайский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Гаитянский креольский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	(укажите диалект)	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Кхмерский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Русский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Вьетнамский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Американский язык жестов	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать
Кхмерский	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать	Другое (указать):	<input type="checkbox"/> Говорить <input type="checkbox"/> Читать

Употребление алкоголя: Ответ на данный вопрос поможет выяснить, какое количество алкоголя влияет на массу тела ребенка при рождении и другие последствия, и приводит ли употребление алкоголя в разные периоды беременности к разным результатам. Располагая реальными данными об употреблении матерями алкоголя во время беременности, врачи смогут дать будущим родителям более ценные советы.

Употребляли ли вы алкоголь в течение трех месяцев до беременности или в любое время во время беременности?

Да *Если ответ «да»:* Сколько алкогольных напитков (пива, вина или коктейлей) вы выпивали в среднем в неделю за три месяца **до беременности**? _____

Нет

Сколько алкогольных напитков (пива, вина или коктейлей) вы выпивали в среднем в неделю **в первые три месяца (первый триместр) беременности**? _____

Сколько алкогольных напитков (пива, вина или коктейлей) вы выпивали в среднем в неделю **во вторые три месяца (второй триместр) беременности**? _____

Сколько напитков (пива, вина или коктейлей) вы выпивали в среднем в неделю **в третьем триместре беременности**? _____

Предыдущая беременность и преждевременные роды: Детям, рожденным до срока, т.е. до 37 недель беременности, часто приходится оставаться в больнице дольше, и у них больше проблем со здоровьем, чем у детей, рожденных в срок. Родители, которые ранее рожали ребенка раньше срока, подвергаются повышенному риску преждевременных родов. Ответ на данный вопрос позволяет исследователям в области общественного здравоохранения определить, у скольких родителей в анамнезе были преждевременные роды, и каким образом следует улучшить протокол медицинской помощи таким лицам.

Во время какой-либо предыдущей беременности вы рожали ребенка более чем за 3 недели до даты родов из-за того, что у вас начались схватки или у вас отошли воды? Да Нет Я не знаю

Текущая беременность и преждевременные роды: Прогестерон — ключевой гормон, который помогает женскому организму развиваться и готовиться к здоровой беременности. Было установлено, что у некоторых женщин с повышенным риском преждевременных родов лечение прогестероном помогает предотвратить преждевременные роды. Ответы на данные вопросы помогут исследователям в сфере общественного здравоохранения определить, сколько женщин имеют право на получение прогестерона, и выявить препятствия для получения лечения.

Говорили ли вам, что во время беременности у вас была укорочена шейка матки? Да Нет Я не знаю

Предлагали ли вам прогестерон для профилактики преждевременных родов во время текущей беременности? (отметьте только один пункт)

Да, из-за ранних родов во время предыдущей беременности

Да, потому что во время этой беременности у меня было укорочение шейки матки

Нет

Я не знаю

Получали ли вы прогестерон во время данной беременности?

(отметьте только один пункт)

- Да, прогестерон в инъекциях
- Да, прогестерон в вагинальных суппозиториях
- Да, прогестерон перорально
- Нет
- Нет, моя страховка не покрыла бы расходы на данное лечение
- Нет, я отказалась от приема данного препарата
- Я не знаю

Специальная программа обеспечения дополнительного питания для женщин и детей грудного и раннего возраста (WIC): Разработчики программ общественного здравоохранения хотели бы знать, вступают ли родители на программу WIC вследствие беременности, и помогает ли получение продуктов по программе WIC во время беременности родителям родить более здоровых детей. Полученная информация может помочь сделать такие программы более доступными для семей.

Получали ли вы питание по программе WIC (для женщин, младенцев и детей) для себя во время данной беременности?

- Да
- Нет
- Я не знаю

Домашние роды: Отвечайте только в том случае, если ваши роды протекали в домашних условиях. (Если нет, можете пропустить этот вопрос). Ответ на данный вопрос поможет узнать, сколько домашних родов было запланировано и сколько не запланировано, предоставить статистическую информацию и услуги.

Планировали ли вы роды дома или хотели родить ребенка в больнице или родильном доме?

- Да, я хотела родить ребенка дома
- Нет, я хотела родить ребенка в больнице или родильном доме

Вес и здоровье матери и ребенка: В сочетании со статистикой увеличения веса во время беременности исследователи в сфере общественного здравоохранения хотят изучить вес до беременности, чтобы понять, как вес влияет на здоровье родителя и ребенка.

Какой у вас был вес до беременности, то есть вес непосредственно перед тем, как вы забеременели данным ребенком?

_____ кг.

Стоматологическая помощь во время беременности: Исследователи в сфере общественного здравоохранения хотели бы получить больше информации о том, влияют ли профгигиена зубов и проблемы со здоровьем зубов во время беременности на здоровье новорожденных; чтобы врачи могли предоставить более подробные консультации родителям во время беременности.

Во время этой беременности проходили ли вы процедуру профгигиены у стоматолога или специалиста по гигиене зубов?

- Да
- Нет

Были ли у вас какие-либо заболевания полости рта во время беременности?

- Да
- Нет
- Я не знаю

Если ваш последний визит к стоматологу состоялся более шести месяцев назад или у вас были выявлены какие-либо проблемы со здоровьем полости рта (например, отечность или кровоточивость десен, кариес, признаки инфекции), направил ли вас ваш врач к стоматологу?

- Да
- Нет
- Я не знаю

ТЕНДЕНЦИИ И ТЕХНОЛОГИИ В ОБЛАСТИ ДЕТОРОЖДЕНИЯ

Методики лечения бесплодия: Более подробная информация об использовании препаратов от бесплодия и вспомогательных репродуктивных технологий позволит исследователям определить тенденции в применении новых видов лечения. Эти данные также помогут акушерам и их пациентам узнать больше о рисках и преимуществах для матерей и новорожденных в зависимости от возраста матери, генетического родства с ребенком и других характеристик. На нижеследующие вопросы должна ответить мать, рожающая ребенка.

Принимали ли вы какие-либо лекарства от бесплодия или проходили ли какие-либо медицинские процедуры у врача, медсестры или другого медицинского специалиста, чтобы помочь вам забеременеть данным ребенком? (Сюда могут входить методы лечения бесплодия, такие как препараты, повышающие фертильность, или вспомогательные репродуктивные технологии)

Да Нет

Если вы ответили «да»:

Использовали ли вы какие-либо из следующих методов лечения бесплодия в течение месяца, в который вы забеременели текущим ребенком?

Отметьте все подходящие варианты:

- Препараты, повышающие фертильность, назначенные врачом**
К препаратам для лечения бесплодия относятся Кломид®, Серофен®, Пергонал® (Clomid®, Serophene®, Pergonal®) или другие препараты, стимулирующие овуляцию.
- Искусственное оплодотворение или внутриматочная инсеминация**
Укажите также методы лечения, при которых сперма, а НЕ яйцеклетки, собиралась и искусственно вводилась биологической матери.
- Вспомогательные репродуктивные технологии**
Укажите также методы лечения, при которых и женская яйцеклетка, и мужская сперма обрабатывались в лаборатории: экстракорпоральное оплодотворение [ЭКО], внутриматочный перенос гамет [GIFT], внутриматочный перенос зиготы [ZIFT], интрацитоплазматическая инъекция спермы [ICSI], замороженный эмбрион перенос или перенос донорских эмбрионов.
- Я не использовала методы лечения бесплодия в течение месяца, в который забеременела данным ребенком.**
- Другие методы лечения. Укажите:**

Применяли ли вы какие-либо из указанных методов во время данной беременности? Отметьте все подходящие варианты:

- Анонимный донор яйцеклеток Анонимный донор спермы
- Известный донор, который не планирует быть родителем данного ребенка*
- Суррогатное материнство
- Ни один из перечисленных вариантов

***НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО.** В медицинскую историю вашего ребенка может быть полезно записать информацию о генетических донорах. Если вы хотите предоставить данную информацию, заполните поля ниже:

Полное имя:	<input type="checkbox"/> Донор спермы	<input type="checkbox"/> Донор яйцеклетки
Полное имя:	<input type="checkbox"/> Донор спермы	<input type="checkbox"/> Донор яйцеклетки
Полное имя:	<input type="checkbox"/> Донор спермы	<input type="checkbox"/> Донор яйцеклетки

РОДИТЕЛЬ 1 – ИНФОРМАЦИЯ О БЕРЕМЕННОСТИ

Родитель 1 - Рост: _____ см _____ мм		Дата последней менструации (ММ.ДД.ГГГГ)		
		Месяц	День	Год
Предыдущие роды с рождением живого ребенка: <i>За исключением данного новорожденного. В случае многоплодных родов включите всех живорожденных детей, родившихся до текущей беременности, и которые по-прежнему находятся в живых.</i>		Дата последних родов с рождением живого ребенка (ММ.ДД.ГГГГ)		
№ Находящиеся в живых в настоящий момент:	№ Рожденные живыми, но к настоящему времени скончавшиеся:	Месяц	День	Год

Количество других исходов беременности:

Общее количество других исходов беременности, не приведших к рождению живого ребенка. Укажите также внутриутробные потери плода любого гестационного возраста, спонтанные прерывания беременности, индуцированные прерывания беременности и/или внематочную беременность. В случае многоплодных родов, укажите также потерю плода независимо от гестационного возраста, произошедшие до рождения данного ребенка. Включая также утрату плодов, произошедшую во время этой беременности или во время предыдущей беременности.

Дата другого исхода последней беременности
(ММ.ДД.ГГГГ)

№ Другие исходы беременности _____

Месяц

День

Год

ТОЛЬКО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕВОДА

Родитель 2 – Этническая принадлежность: Информация об этнической принадлежности родителей помогает специалистам лучше понять генетические условия, культуру и географическое расположение существующих и новых этнических сообществ, которые могут повлиять на доступность качественных услуг по дородовому уходу, исход беременности и будущие потребности в области здравоохранения детей младшего возраста и их семей.

Укажите ваше этническое происхождение. Вы можете отметить несколько пунктов одновременно.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Африканец/африканка (указать): | <input type="checkbox"/> Кореец/корейка |
| <input type="checkbox"/> Афроамериканец/афроамерика | <input type="checkbox"/> Лаосец/лаоска |
| <input type="checkbox"/> Американец/американка | <input type="checkbox"/> Мексиканец/мексиканка, Американец/американка мексиканского |
| <input type="checkbox"/> Индеец/индианка | <input type="checkbox"/> Представитель ближневосточного происхождения (указать): |
| <input type="checkbox"/> Бразилец/бразильянка | <input type="checkbox"/> Коренной американец (указать племенной народ(-ы)): |
| <input type="checkbox"/> Уроженец/уроженка | _____ |
| <input type="checkbox"/> Кабовердинец/кабовердинка | <input type="checkbox"/> Португалец/португалка |
| <input type="checkbox"/> Уроженец/уроженка Карибских островов (указать): | <input type="checkbox"/> Пуэрториканец/пуэрториканка |
| <input type="checkbox"/> Китаец/китаянка | <input type="checkbox"/> Русский/русская |
| <input type="checkbox"/> Колумбиец/колумбийка | <input type="checkbox"/> Сальвадорец/сальвадорка |
| <input type="checkbox"/> Кубинец/кубинка | <input type="checkbox"/> Вьетнамец/вьетнамка |
| <input type="checkbox"/> Доминиканец/доминиканка | <input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) иной азиатской страны (указать): |
| <input type="checkbox"/> Европейское происхождение (указать): | <input type="checkbox"/> Прочие регионы Центральной Америки (указать): |
| <input type="checkbox"/> Филиппинец/филиппинка | <input type="checkbox"/> Уроженец островов Тихого океана (указать): |
| <input type="checkbox"/> Гватемалец/гватемалка | <input type="checkbox"/> Прочие португальские этносы (указать): |
| <input type="checkbox"/> Гаитянин/гаитянка | <input type="checkbox"/> Другие южноамериканские этносы (указать): |
| <input type="checkbox"/> Гондурасец/гондураска | <input type="checkbox"/> Другие этносы, не указанные в списке (указать): |
| <input type="checkbox"/> Японец/японка | _____ |

Родитель 2 – Раса: Информация о расовой принадлежности родителей помогает специалистам оценить уровень рождаемости, состояние здоровья и другие факторы, связанные с расой, которые могут повлиять на исход родов и потребности в медицинском обслуживании в сообществах штата Массачусетс.

Укажите вашу расовую принадлежность. Вы можете отметить несколько пунктов одновременно.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Представитель коренного населения Америки/Аляски (указать племенной народ(-ы)): | <input type="checkbox"/> Лицо испанского / латиноамериканского происхождения / иное (указать): |
| _____ | _____ |
| <input type="checkbox"/> Монголоидная раса | <input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) гавайских островов |
| <input type="checkbox"/> Негроидная раса | <input type="checkbox"/> Самоанец/самоанка |
| <input type="checkbox"/> Уроженец(-ка) о. Гуам или северных Марианских островов (чаморро) | <input type="checkbox"/> Европейская раса |
| <input type="checkbox"/> Лицо испанского / латиноамериканского происхождения / представитель негроидной расы | <input type="checkbox"/> Уроженец островов Тихого океана (указать): |
| <input type="checkbox"/> Лицо испанского / латиноамериканского происхождения / представитель европейской расы | _____ |
| | <input type="checkbox"/> Представитель другой расы, не перечисленной выше (указать): |

Родитель 2 – Образование: Информация об уровне образования родителей помогает специалистам лучше понять тенденции в возрасте и уровне образования родителей штата Массачусетс, в том числе относительно выбора методов родовспоможения и вспомогательных репродуктивных технологий, уровень навыков чтения, необходимый для изучения материалов по санитарному просвещению, потребности в медицинской информации в школах по округам и другие факторы, которые могут влиять на исход родов и здоровье матери и ребенка.

Какой уровень образования вы имеете на момент родов?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8 классов школы или меньше | <input type="checkbox"/> Сертификат об обучении | <input type="checkbox"/> Докторская степень (например: PhD, EdD) или профессиональная степень или (например: MD, DDS, DVM, JD) |
| <input type="checkbox"/> 9–12 классов школы | <input type="checkbox"/> Степень младшего специалиста (например: AA, AS) | <input type="checkbox"/> Коррекционное образование |
| <input type="checkbox"/> Средняя школа или общее образование | <input type="checkbox"/> Степень бакалавра (например: BA, AB, BS) | |
| <input type="checkbox"/> Неоконченное высшее образование | <input type="checkbox"/> Степень магистра (например: MA, MSW, MBA) | |

Родитель 2 – Род занятий и сфера деятельности: Информация о занятости родителей помогает сотрудникам узнать больше о том, как определенные профессии и отрасли могут влиять на исход родов. Определенные условия труда, такие как воздействие токсичных красок и химикатов, отрасли промышленности, связанные с высоким уровнем стресса, и профессии с низким доходом, могут влиять на состояние здоровья матери и быть связаны с наличием врожденных дефектов у ребенка.

Основное место работы/должность в течение последнего года:

Примеры: Программист, кассир, домохозяйка, безработный(-ая)

В какой отрасли? (Вы можете указать отрасль или название компании):

Примеры: Компания-разработчик программного обеспечения, супермаркет Smith's, собственный дом

Данную форму после заполнения необходимо передать регистратору вашей больницы или направить иным образом в соответствии с предоставленными вам инструкциями. Спасибо.

ТОЛЬКО ДЛЯ ЦЕЛЕЙ ПЕРЕВОДА