



FORMULARIO PARA PADRES DE DAKOTA DEL NORTE EN CASO DE MUERTE FETAL

DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS

REGISTROS VITALES

SFN 58708 (10-2025)

* Según la ley federal (Título 42 del Código de los EE. UU. §§ 652[a][7] y 666[a][5][C][iv]), el número de Seguro Social se considera un dato obligatorio para este formulario y se utilizará con fines de identificación. Si no se proporciona esta información, la validez del presente formulario no se verá afectada.

Toda la información que proporcione a continuación es obligatoria según la ley estatal de Dakota del Norte (Código Centenario de Dakota del Norte 23-02.1-20) y se utilizará para crear el acta de defunción fetal. Es muy importante que proporcione información completa y precisa para todas las preguntas que figuran a continuación. Este formulario debe completarse antes de salir del hospital y debe firmarlo la madre o el padre. Escriba con claridad, ya que la información de esta hoja se utilizará para completar el registro electrónico de muerte fetal.

FIRMA

Por el presente documento, certifico que la norma citada anteriormente y que la información personal proporcionada en este formulario es correcta según mi pleno conocimiento.

Firma	Fecha
-------	-------

INFORMACIÓN DEL FETO

¿Cuál es el nombre legal que le dan a este feto? (Si la madre no estuvo casada entre la concepción y el nacimiento, el niño o la niña debe llevar el apellido legal actual de la madre, a menos que se firme un reconocimiento de paternidad).

Primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (Jr. III, etc.)

INFORMACIÓN DE LA MADRE

Nombre legal actual de la madre (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo [Jr. III, etc.])		Número del Seguro Social*									
Apellido de la madre antes de su primer matrimonio (apellido de soltera)		Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)									
Dirección residencial	Ciudad	Estado	Código postal								
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal								
Condado	País (si no se encuentra en Estados Unidos)	¿Esta dirección está dentro de los límites de la ciudad? ☐ Sí ☐ No									
Lugar de nacimiento ☐ Estado _____ ☐ Territorio de EE. UU. _____ (es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa Estadounidense o Islas Marianas del Norte) ☐ País extranjero _____ (si es Canadá, indique la provincia)											
¿La madre estaba casada en el momento de la concepción o del nacimiento o en algún momento intermedio? ☐ Sí ☐ No											
¿Cuál es el nivel más alto de escolaridad que la madre habrá completado al momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si actualmente cursa estudios, marque la opción que indique el último grado aprobado o el título más alto obtenido). <table><tr><td>☐ 8.º grado o menos</td><td>☐ Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)</td></tr><tr><td>☐ De 9.º a 12.º grado, sin diploma</td><td>☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA)</td></tr><tr><td>☐ Título de preparatoria o GED completo</td><td>☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)</td></tr><tr><td>☐ Título de asociado (p. ej., AA, AS)</td><td>☐ Se negó a responder/desconocido</td></tr></table>				☐ 8.º grado o menos	☐ Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)	☐ De 9.º a 12.º grado, sin diploma	☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA)	☐ Título de preparatoria o GED completo	☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)	☐ Título de asociado (p. ej., AA, AS)	☐ Se negó a responder/desconocido
☐ 8.º grado o menos	☐ Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)										
☐ De 9.º a 12.º grado, sin diploma	☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA)										
☐ Título de preparatoria o GED completo	☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)										
☐ Título de asociado (p. ej., AA, AS)	☐ Se negó a responder/desconocido										

Raza (marque una o más opciones que indiquen cómo se identifica)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Blanca | ☐ Filipina | ☐ Nativa hawaiana |
| ☐ Negra o afroamericana | ☐ Japonesa | ☐ Guameña o chamorra |
| ☐ Indígena estadounidense o nativa de Alaska | ☐ Coreana | ☐ Samoana |
| Especifique la tribu: _____ | ☐ Vietnamita | ☐ Otra raza isleña del Pacífico (especifique): _____ |
| ☐ India asiática | ☐ Otro origen asiático (especifique): _____ | ☐ Otro (especifique): _____ |
| ☐ China | | ☐ Se negó a responder/desconocido |

Ascendencia (marque una o más opciones que indiquen cómo se identifica)

- | | |
|---|--|
| ☐ Indígena estadounidense | ☐ Polaco |
| ☐ Inglesa/galesa | ☐ Otros europeos occidentales (es decir, belga) |
| ☐ Irlandesa | ☐ Otro origen de Europa oriental (p. ej., ruso) |
| ☐ Alemana | ☐ Otro origen de Europa septentrional (p. ej., finlandés) |
| ☐ Francesa | ☐ Otro, especifique: _____ |
| ☐ Escandinava (noruega, danesa, sueca) | ☐ Se negó a responder/desconocido |

¿La madre es española/hispana/latina? Si el origen no es español/hispano/latino, marque la casilla "No". Si el origen es español/hispano/latino, marque la casilla correspondiente.

- | | |
|--|--|
| ☐ No, no tengo origen español/hispano/latino. | ☐ Sí, tengo otro origen español/hispano/latino (p. ej., español, salvadoreño, dominicano, colombiano). Especifique: _____ |
| ☐ Sí, tengo origen mexicano, mexicoamericano o chicano. | |
| ☐ Sí, tengo origen puertorriqueño. | |
| ☐ Sí, tengo origen cubano. | ☐ Se negó a responder/desconocido |

¿La madre consumió alcohol durante el embarazo?

- ☐ Sí. Cantidad promedio de bebidas por semana: _____ ☐ No ☐ Se negó a responder/desconocido

¿Cuántos cigarrillos O paquetes de cigarrillos fumó la madre en un día promedio durante cada uno de los siguientes períodos? Si la madre NUNCA fumó, ingrese cero para cada período.

Cantidad de cigarrillos por día

Tres meses antes del embarazo	
Primeros tres meses de embarazo	
Segundos tres meses de embarazo	
Tercer trimestre del embarazo	

¿Cuántas veces durante un día normal la madre utilizó un sistema electrónico de suministro de nicotina (Electronic Nicotine Delivery System, ENDS) o un producto de vapeo (p. ej., JUUL u otros sistemas de cartucho o mod) durante cada uno de los siguientes períodos? Si la madre NUNCA usó ENDS ni un producto de vapeo, ingrese cero para cada período.

Cantidad de usos por día

Tres meses antes del embarazo	
Primeros tres meses de embarazo	
Segundos tres meses de embarazo	
Tercer trimestre del embarazo	

En caso de muerte fetal ocurrida fuera del matrimonio y en el caso de madres casadas cuyo esposo no es el padre de este feto, la ley estatal de Dakota del Norte (Código Centenario de Dakota del Norte 23-02.1-20 [6]) exige que se complete un Formulario de reconocimiento de paternidad, a fin de que se pueda incorporar la información del padre biológico al acta de defunción fetal. Si no se completa el Formulario de reconocimiento de paternidad, la información del padre deberá dejarse en blanco en el acta de defunción fetal. Si la madre está casada y su esposo es el padre de este feto, las preguntas 14 y 15 se pueden responder como N/C (no corresponde). Si tiene más preguntas sobre el Reconocimiento de paternidad, consulte al personal del hospital.

¿Se realizó un reconocimiento de paternidad?

- ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

¿El esposo firmó la renuncia de paternidad?

- ☐ Sí ☐ No ☐ N/C

¿Cuál es la principal fuente de pago de este embarazo?

- | | |
|---|--|
| ☐ Seguro privado | ☐ Indian Health Service |
| ☐ Blue Cross/Blue Shield | ☐ Pago propio |
| ☐ Medicaid | ☐ Otro (especifique): _____ |
| ☐ Militar | ☐ Se negó a responder/desconocido |

¿La madre recibió alimentos del Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants, and Children, WIC) durante este embarazo?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Se negó a responder/desconocido

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre legal actual del padre (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufixo [Jr. III, etc.])	Número del Seguro Social*	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)
---	---------------------------	----------------------------------

Lugar de nacimiento

- ☐ Estado _____
- ☐ Territorio de EE. UU. _____
(es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de Estados Unidos, Guam, Samoa Estadounidense o Islas Marianas del Norte)
- ☐ País extranjero _____
(si es Canadá, indique la provincia)

¿Cuál es el nivel más alto de escolaridad que el padre habrá completado al momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si actualmente cursa estudios, marque la opción que indique el último grado aprobado o el título más alto obtenido).

- | | |
|--|--|
| ☐ 8.º grado o menos | ☐ Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS) |
| ☐ De 9.º a 12.º grado, sin diploma | ☐ Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA) |
| ☐ Título de preparatoria o GED completo | ☐ Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD) |
| ☐ Educación universitaria incompleta | ☐ Se negó a responder/desconocido |
| ☐ Título de asociado (p. ej., AA, AS) | |

Raza (marque una o más opciones que indiquen cómo se identifica)

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Blanco | ☐ Filipino | ☐ Nativo hawaiano |
| ☐ Negro o afroamericano | ☐ Japonés | ☐ Guameño o chamorro |
| ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska | ☐ Coreano | ☐ Samoano |
| Especifique la tribu: _____ | ☐ Vietnamita | ☐ Otra raza isleña del Pacífico (especifique): _____ |
| ☐ Indio asiático | ☐ Otro origen asiático (especifique): _____ | ☐ Otro (especifique): _____ |
| ☐ Chino | | ☐ Se negó a responder/desconocido |

Ascendencia (marque una o más razas para indicar a cuál se considera usted

- | | |
|---|--|
| ☐ perteneciente) Indígena estadounidense | ☐ Polaco |
| ☐ Inglés/galés | ☐ Otros europeos occidentales (es decir, belga) |
| ☐ Irlandés | ☐ Otro origen de Europa oriental (p. ej., ruso) |
| ☐ Alemán | ☐ Otro origen de Europa septentrional (p. ej., finlandés) |
| ☐ Francés | ☐ Otro, especifique: _____ |
| ☐ Escandinavo (noruego, danés, sueco) | ☐ Se negó a responder/desconocido |

¿El padre tiene origen español/hispano/latino? Si el origen no es español/hispano/latino, marque la casilla "No". Si el origen es español/hispano/latino, marque la casilla correspondiente.

- | | |
|--|--|
| ☐ No, no tengo origen español/hispano/latino. | ☐ Sí, tengo otro origen español/hispano/latino (p. ej., español, salvadoreño, dominicano, colombiano). Especifique: _____ |
| ☐ Sí, tengo origen mexicano, mexicoamericano o chicano. | |
| ☐ Sí, tengo origen puertorriqueño. | |
| ☐ Sí, tengo origen cubano. | ☐ Se negó a responder/desconocido |