



## Formulario para padres de Dakota del Norte

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Dakota del Norte  
Unidad de Registros Vitales  
(1-2026)

<Apply Hospital Label Here>

## Formulario para que los padres completen el certificado de nacimiento de Dakota del Norte

Toda la información que proporcione a continuación es obligatoria según la ley estatal de Dakota del Norte (Código Centenario de Dakota del Norte 23.02.1-13) y se utilizará para crear el acta de nacimiento de su hijo o hija. **Escriba con letra clara**, ya que la información de esta hoja se utilizará para completar el acta de nacimiento. El acta de nacimiento es un documento que se utilizará con fines legales para comprobar la edad, la ciudadanía y la filiación de su hijo o hija. Su hijo o hija usará el certificado de nacimiento durante toda su vida. Este formulario debe completarse **antes de salir del hospital** y uno de los padres debe firmarlo. Es muy importante que proporcione información completa y precisa para todas las preguntas que figuran a continuación. Cualquier persona que voluntaria y conscientemente haga una declaración falsa o proporcione información falsa con la intención de que dicha información se utilice en la preparación de cualquier informe, registro o certificado comete un delito grave de clase C. (Código Centenario de Dakota del Norte 23.02.1-32).

### Firma

Por el presente documento, certifico que leí el párrafo anterior y que la información personal proporcionada en este formulario es correcta según mi pleno conocimiento.

Firma del padre o informante

Fecha

### Información del niño o niña

¿Cuál es el nombre legal que le darán a este niño o niña? (**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 la madre y el padre firmen un reconocimiento de paternidad**).

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ (Jr., III, etc.)

### Información de la madre biológica

1. ¿Cuál es el **nombre legal actual de la madre**?

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ (Jr., III, etc.)

2. ¿Cuál es el nombre completo de la madre **antes de su primer matrimonio**?

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ Sufijo \_\_\_\_\_ (Jr., III, etc.)

3. ¿Cuál es el **domicilio** de la madre? (Residencia; lugar donde se encuentra la casa de la madre).

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Apartamento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Si no se encuentra en Estados Unidos, indique el país

¿La dirección proporcionada se encuentra dentro de los límites de la ciudad indicada arriba?  Sí  No

4. ¿La **dirección postal** de la madre es la misma que la dirección de residencia?  Sí  No  
Si respondió que no, indique la dirección postal a continuación

Dirección de la calle \_\_\_\_\_ Apartamento\_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado\_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal\_\_\_\_\_

Si no se encuentra en Estados Unidos, indique el país\_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la **fecha de nacimiento** de la madre? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ /  
Mes Día Año

6. ¿En qué estado, territorio estadounidense o **país extranjero nació la madre?**

Estado\_\_\_\_\_

O  
Territorio estadounidense

(es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa Estadounidense o Islas Marianas del Norte)

O  
País extranjero (si es Canadá, también indique la provincia)

7. ¿Cuál es el **número del Seguro Social** de la madre?-----

8. ¿La madre está casada?  Sí  No

---

## SECCIÓN DE PATERNIDAD: LEA CON ATENCIÓN

Las siguientes preguntas permiten determinar la paternidad de su hijo o hija, si se utilizó alguna forma de reproducción médica asistida para la concepción o si una persona sustituta o gestante colaboró en el nacimiento. Estas preguntas resultan fundamentales para establecer la paternidad o filiación del niño o la niña. Tómese el tiempo necesario y solicite ayuda al personal del hospital si la necesita.

9. ¿Este niño o niña se concibió mediante reproducción asistida?

(Nota: (Si se utilizó reproducción asistida de cualquier tipo para concebir a este niño o niña, la madre y el padre o segundo progenitor deberán completar el "formulario SFN 62275: Consentimiento de reproducción asistida de Dakota del Norte" para dejar constancia de los padres que se incorporarán al acta de nacimiento del niño o la niña).

Sí. Solicite al personal del hospital el formulario **SFN 62275 Consentimiento de reproducción asistida de Dakota del Norte** para completarlo.

No. Pasar a la pregunta 10

10. Para aclarar el estado civil de la madre: ¿el esposo de la madre es el padre de este niño o niña?

Sí, la madre está casada con el padre del niño o niña. Responder las preguntas 12 y 13 como N/C (no corresponde) y continuar con la pregunta 14.

No, el esposo de la madre no es el padre del niño o niña. Pasar a la pregunta 10a.

La madre es soltera y no está casada con nadie. Pasar a la pregunta 11.

a) Si el esposo de la madre no es el padre del niño o la niña, la madre, el padre y el esposo de la madre deberán completar el formulario de Reconocimiento de paternidad de Dakota del Norte. Las tres personas deberán firmar este formulario para incorporar al padre correcto al acta de nacimiento del niño o la niña y para que el esposo niegue su paternidad. Solicite al personal del hospital el formulario **SFN 8195: Reconocimiento de paternidad de Dakota del Norte** y pase a la pregunta 12.

11. Según las respuestas anteriores, se asume que la madre es soltera y que el niño o la niña fue concebido de manera natural mediante relaciones sexuales. En este caso, la madre y el padre del niño o la niña deberán completar el formulario **SFN 8195 Reconocimiento de paternidad de Dakota del Norte**, que el personal del hospital facilitará. Luego, pasar a la pregunta 12.

12. ¿La madre completó el formulario **SFN 8195 Reconocimiento de paternidad de Dakota del Norte**?

Sí, se completó el reconocimiento.

No, el reconocimiento no se cumplió o se rechazó, o la madre no identificó al padre.

N/C (no corresponde). La madre está casada con el padre o la información no aplica según las preguntas anteriores.

13. ¿El esposo firmó la **NEGACIÓN DE PATERNIDAD** si la madre no está casada con el padre?

Sí, el esposo firmó.

No, el esposo NO firmó o se negó.

N/C (no corresponde). La madre es soltera y no está casada o la información no aplica según las preguntas anteriores.

## FIN DE LA SECCIÓN DE PATERNIDAD

---

14. ¿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).

8.o grado o menos  
 De 9.o a 12.<sup>o</sup> grado, sin diploma  
 Graduada de la escuela secundaria o GED completo  
 Algunos créditos universitarios, pero sin título  
 Título de asociado (p. ej., AA, AS)

Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)  
 Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA)  
 Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)  
 Se negó a responder/desconocido

15. ¿Cuál es la **raza** de la madre? (Marque *una o más opciones* que indiquen cómo se identifica).

Blanca  
 Negra o afroamericana  
 Indígena estadounidense o nativa de Alaska Especifique la tribu \_\_\_\_\_  
 India asiática  
 China  
 Filipina  
 Japonesa  
 Coreana  
 Vietnamita

Otro origen asiático (especifique) \_\_\_\_\_  
 Nativa hawaiana  
 Guameña o chamorra  
 Samoana  
 Otra raza isleña del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_  
 Otra (especifique) \_\_\_\_\_  
 Se negó a responder/desconocido

16. ¿Dirección de correo electrónico de la madre? \_\_\_\_\_

17. ¿Número de teléfono de la madre? (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

18. ¿Cuál es la **ascendencia** de la madre? (Marque *una o más opciones* que indiquen cómo se identifica).

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena estadounidense              | <input type="checkbox"/> Otro origen de Europa occidental (p ej., belga)         |
| <input type="checkbox"/> Inglesa/galesa                       | <input type="checkbox"/> Otro origen de Europa oriental (p. ej., ruso)           |
| <input type="checkbox"/> Irlandesa                            | <input type="checkbox"/> Otro origen de Europa septentrional (p. ej., finlandés) |
| <input type="checkbox"/> Alemana                              | <input type="checkbox"/> Otra (especifique) _____                                |
| <input type="checkbox"/> Francesa                             |  |
| <input type="checkbox"/> Escandinava (noruega, danesa, sueca) |  |
| <input type="checkbox"/> Polaca                               |  |
| <input type="checkbox"/> Se negó a responder/desconocido      |  |

19. ¿La madre 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 origen mexicano, mexicoamericano o chicano.
- Sí, tengo origen puertorriqueño.
- Sí, tengo origen cubano.
- Sí, tengo otro origen español/hispano/latino (p. ej., español, salvadoreño, dominicano, colombiano). (Especifique) \_\_\_\_\_
- Se negó a responder/desconocido

20. ¿La madre consumió **alcohol** durante el embarazo?

- Sí  
Si respondió que sí, indique el número promedio de bebidas por semana \_\_\_\_\_
- No
- Se negó a responder/desconocido

21. ¿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

Tres meses antes del embarazo \_\_\_\_\_

Primeros tres meses de embarazo \_\_\_\_\_

Segundos tres meses de embarazo \_\_\_\_\_

Tercer trimestre de embarazo \_\_\_\_\_ -

22. ¿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 de embarazo \_\_\_\_\_

23. ¿Desea que el estado solicite un **número o tarjeta de Seguro Social** para su hijo o hija? (Si responde que sí, el proceso demora aproximadamente entre 6 y 8 semanas después de que se presente el registro en el Departamento de Salud de Dakota del Norte).

Sí       No

24. ¿Cuál es la **principal fuente de pago** de este embarazo?

Seguro privado (p. ej., Sanford, Medica, Aetna, etc.)  
 Blue Cross/Blue Shield  
 Medicaid  
 Militar (TriCare)  
 Indian Health Service

Pago propio  
 Otros seguros gubernamentales  
 Otra (especifique) \_\_\_\_\_  
 Se negó a responder/desconocido

25. Es posible que reciba **información adicional sobre salud** y/o sobre programas útiles para su familia. (Algunos ejemplos incluyen consejos de crianza, información sobre crecimiento y desarrollo, servicios disponibles para niños y familias, o el programa College SAVE para su bebé).

Marque la casilla si no desea recibir **NADA** de esta información y coloque sus iniciales aquí: \_\_\_\_\_

26. ¿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

1. ¿Cuál es el **nombre legal actual del padre**?

Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_ (Jr., III, etc.)  
Sufijo \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es el **número del Seguro Social** del padre? -----

3. ¿Cuál es la **fecha de nacimiento** del padre? \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes      Día      Año

4. ¿En qué estado, territorio estadounidense o **país extranjero nació el padre**?

Estado \_\_\_\_\_

O

Territorio estadounidense \_\_\_\_\_

(es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa Estadounidense o Islas Marianas del Norte)

O

País extranjero (si es Canadá, también indique la provincia) \_\_\_\_\_

5. ¿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.<sup>o</sup> grado o menos
  - De 9.<sup>o</sup> a 12.<sup>o</sup> grado, sin diploma
  - Graduado de la escuela secundaria o GED completo
  - Algunos créditos universitarios, pero sin título
  - Título de asociado (p. ej., AA, AS)
  - Licenciatura (p. ej., BA, AB, BS)
  - Maestría (p. ej., MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA)
  - Doctorado (p. ej., PhD, EdD) o título profesional (p. ej., MD, DDS, DVM, LLB, JD)
  - Se negó a responder/desconocido
6. ¿Cuál es la **raza** del padre? (Marque *una o más opciones* que indiquen cómo se identifica).
- Blanco
  - Negro o afroamericano
  - Indígena estadounidense o nativo de Alaska Especifique la tribu \_\_\_\_\_
  - Nativo hawaiano
  - Guameño o chamorro
  - Samoano
  - Otra raza isleña del Pacífico (especifique) \_\_\_\_\_
  - Chino
  - Filipino
  - Japonés
  - Coreano
  - Vietnamita
  - Otra (especifique) \_\_\_\_\_
  - Se negó a responder/desconocido
7. ¿Cuál es la **ascendencia** del padre? (Marque *una o más opciones* que indiquen cómo se identifica).
- Indígena estadounidense
  - Inglés/galés
  - Irlandés
  - Alemán
  - Francés
  - Escandinavo (noruego, danés, sueco)
  - Polaco
  - Se negó a responder/desconocido
  - Otro origen de Europa occidental (p ej., belga) \_\_\_\_\_
  - Otro origen de Europa oriental (p. ej., ruso) \_\_\_\_\_
  - Otro origen de Europa septentrional (p. ej., finlandés) \_\_\_\_\_
  - Otra (especifique) \_\_\_\_\_
8. ¿El padre es **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 origen mexicano, mexicoamericano o chicano.
  - Sí, tengo origen cubano.
  - Sí, tengo origen puertorriqueño.
  - Sí, tengo otro origen español/hispano/latino (p. ej., español, salvadoreño, dominicano, colombiano). Especifique \_\_\_\_\_
  - Se negó a responder/desconocido