



North Dakota Parent's Worksheet – Spanish Version Instructions

ND Department of Health and Human Services
Vital Records Unit

Spanish Version Instructions for Completing the Parent's Worksheet

This Spanish-translated worksheet is to be used as a field for field set of instructions for the completion of the English version of the form. Facilities using this version of the worksheet should instruct the parent to read from the Spanish version and fill out the English version. The English version should be fully completed and signed and dated by one of the parents.

A handwritten signature in cursive script that reads "Darin J. Meschke".

Darin J. Meschke
State Registrar of Vital Statistics



Formulario para padres de Dakota del Norte

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Dakota del Norte (ND por sus siglas en inglés)

Unidad de registros civiles
(1-2023)

<Aplicar etiqueta de hospital aquí>

Formulario para padres para completar el certificado de nacimiento de Dakota del Norte

Toda la información que usted proporciona a continuación es requerida por la ley estatal de ND (Código ND Century 23-02.1-13) y se utilizará para crear el registro de nacimiento de su hijo. Por favor **escriba claramente**, 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 demostrar la edad, ciudadanía y ascendencia de su hijo. Su hijo utilizará un certificado de nacimiento durante toda su vida. Este formulario debe completarse **antes de salir del hospital** y firmarse por uno de los padres. Es muy importante que proporcione información completa y precisa a todas las preguntas a continuación. Cualquier persona que intencionalmente y a sabiendas 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 es culpable de un delito grave de clase C. (Código ND Century 23.02-1-32).

Firma

Por la presente certifico que he leído el párrafo anterior y que la información personal proporcionada en este formulario es correcta a mi leal saber y entender.

Firma del padre o informante

Fecha

Información del niño

¿Cuál es el nombre legal que le está dando a este niño? (*Si la madre estuvo soltera entre la concepción y el nacimiento, el niño debe tener el apellido legal actual de la madre a menos que se firme un reconocimiento de paternidad*).

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

(Jr, III, Etc.)

Información de la madre biológica

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

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

(Jr, III, Etc.)

2. ¿Cuál era el nombre completo de la madre **antes del primer matrimonio**?

Nombre

Segundo nombre

Apellido

Sufijo

(Jr, III, Etc.)

3. ¿Cuál es la **dirección** de la madre? (Residencia - Donde se encuentra la casa de la madre).

Dirección _____ Apart _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Si no está en los Estados Unidos, país _____

¿La dirección proporcionada está ubicada dentro de los límites de la ciudad mencionada anteriormente? Sí No

4. ¿La **dirección postal** de la madre es la misma que la dirección de residencia? Sí No

Si la respuesta es no, indique la dirección postal a continuación

Dirección _____ Apto _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Si no está en los Estados Unidos, 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 _____
 Territorio estadounidense _____
(Es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, Samoa Americana o Marianas del Norte)
 País extranjero (si es Canadá, indique también la provincia) _____
7. ¿Cuál es el **número de seguro social** de la madre? _____ - _____ - _____
8. ¿Estaba **casada** la madre en el momento de la concepción, al nacer o en algún momento intermedio?
 Sí No
- a) Para aclarar, ¿la madre está casada con el padre de este niño?
 Sí: marque las preguntas 9 y 10 como N/A y luego pase a la 11.
 No: - Se requiere reconocimiento de paternidad; si la madre está casada, el esposo **DEBE** firmar la negación -
Pase al n.º 9
 N/A (Pareja femenina del mismo sexo) – Marque los números 9 y 10 como N/A, solicite la documentación al personal – Pase al n.º 11
 N/A (Pareja masculina del mismo sexo) – Marque los números 9 y 10 como N/A, proporcione documentación judicial – Pase al n.º 11
9. ¿Se completó un **reconocimiento de paternidad**?
 Sí – El reconocimiento se completó
 No – Reconocimiento no fue completado o fue rechazado o la madre no nombró al padre
 N/A – No aplicable – La madre está casada con el padre o no corresponde a las preguntas anteriores
10. ¿El esposo firmó la **DENEGACIÓN DE PATERNIDAD** cuando la madre no está casada con el padre?
 Sí – El marido firmó
 No – El esposo NO firmó o se negó
 N/A – No aplicable – La madre es soltera y no está casada o no corresponde a las preguntas anteriores
11. ¿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 se encuentra matriculada, marque la casilla que indica el grado anterior o el título más alto obtenido).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos | <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS) |
| <input type="checkbox"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma | <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA) |
| <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED completo | <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD) |
| <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero ningún título | <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce |
| <input type="checkbox"/> Título asociado (por ejemplo, AA, AS) | |

12. ¿Cuál es la **raza** de la Madre? (Por favor marque *una o más razas* para indicar cómo se identifica usted).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Otro asiático (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | |
| <input type="checkbox"/> Indio americana o nativo de Alaska
Especificar tribu _____ | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái _____ |
| <input type="checkbox"/> Indio asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce _____ |

13. ¿Dirección de correo electrónico de la madre? _____

14. ¿Número de teléfono de la madre? () _____

15. ¿Cuál es la **ascendencia** de la madre? (Por favor marque *una o más razas* para indicar cómo se identifica usted).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio nativo americana | <input type="checkbox"/> Otros europeos occidentales (es decir, belga) _____ |
| <input type="checkbox"/> Inglesa/galesa | |
| <input type="checkbox"/> Irlandesa | <input type="checkbox"/> Otros europeos del este (es decir, rusa) _____ |
| <input type="checkbox"/> Alemana | |
| <input type="checkbox"/> Francesa | <input type="checkbox"/> Otros países del norte de Europa (es decir, finlandesa) _____ |
| <input type="checkbox"/> Escandinava (noruega, danesa, sueca) | |
| <input type="checkbox"/> Polaca | <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce | |

16. ¿La madre es **española/hispana/latina**? Si no es española/hispana/latina, marque la casilla "No".

Si es española/hispana/latina, marque la casilla correspondiente.

- No, no es española/hispana/latina
- Sí, es mexicana, mexicana estadounidense, chicana
- Si, puertorriqueña
- Si, cubana
- Sí, otro española/hispana/latina (por ejemplo, española, salvadoreña, dominicana, colombiana) (especifique) _____
- Rechaza/Desconoce

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

- Sí
En caso afirmativo, número promedio de tragos por semana _____
- No
- Rechaza/Desconoce

18. ¿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 de tiempo.

	Número de cigarrillos
Tres meses antes del embarazo.	_____
Primer trimestre de embarazo.	_____
Segundo trimestre de embarazo.	_____
Tercer trimestre de embarazo	_____

19. ¿Cuántas veces durante un día promedio usó la madre un sistema electrónico de administración de nicotina (ENDS) o un producto de vapeo (ej. JUUL u otros sistemas pod o mod) durante cada uno de los siguientes períodos de tiempo? Si la Madre NUNCA usó un ENDS o vapeó, ingrese cero para cada período de tiempo.

	Número de usos por día
Tres meses antes del embarazo.	_____
Primer trimestre de embarazo.	_____
Segundo trimestre de embarazo.	_____
Tercer trimestre de embarazo	_____

6. ¿Cuál es la **raza** del padre? (Por favor marque *una o más razas* para indicar cuál se considera).

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Otro asiático (especificar) |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | |
| <input type="checkbox"/> Indio americana o nativo de Alaska
Especifique Tribu _____ | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái _____ |
| <input type="checkbox"/> Indio asiática | <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra |
| <input type="checkbox"/> China | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico (especifique) |
| <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Coreana | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce _____ |

7. ¿Cuál es la **ascendencia** del padre? (Por favor marque *una o más razas* para indicar cómo se identifica usted).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Indio nativo americana | <input type="checkbox"/> Otros europeos occidentales (es decir, belga) |
| <input type="checkbox"/> Inglesa/galesa | |
| <input type="checkbox"/> Irlandesa | <input type="checkbox"/> Otros europeos del este (es decir, rusa) _____ |
| <input type="checkbox"/> Alemana | |
| <input type="checkbox"/> Francesa | <input type="checkbox"/> Otros países del norte de Europa (es decir, finlandesa) |
| <input type="checkbox"/> Escandinava (noruega, danesa, sueca) | |
| <input type="checkbox"/> Polaca | <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce | |

8. ¿El padre es **español/hispano/latino** ? Si no es español/hispano/latino, marque la casilla "No". Si es español/hispano/latino, marque la casilla correspondiente.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No, no es español/hispano/latino | <input type="checkbox"/> Sí, otro español/hispano/latino (por ejemplo, español, salvadoreño, dominicano, colombiano) |
| <input type="checkbox"/> Sí, es mexicano, mexicano estadounidense, chicano | Especifique _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí, cubano | <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce _____ |
| <input type="checkbox"/> Sí, puertorriqueño | |