



North Dakota Parent's Worksheet for Fetal Death – Spanish Version Instructions
ND Department of Health and Human Services
Vital Records Unit

Spanish Version Instructions for Completing the Parent's Worksheet for Fetal Death

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 SOBRE LA MUERTE FETAL

DIVISIÓN DE REGISTROS VITALES DEL
DEPARTAMENTO DE SALUD DE DAKOTA DEL
NORTE (ND por sus siglas en inglés)
SFN 58708 (7-2019)

Toda la información que usted proporciona a continuación es requerida por la ley estatal de ND (Código ND Century 23-02.1-20) y se utilizará para crear un registro de defunción fetal. Es muy importante que proporcione información completa y precisa a todas las preguntas siguientes. Este formulario debe completarse antes de salir del hospital y firmarse por la madre o el padre. Por favor escriba claramente, ya que la información de esta hoja se utilizará para completar el registro electrónico de defunción fetal.

FIRMA

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

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

INFORMACIÓN DEL FETO

¿Cuál es el nombre legal que le das a este feto? (Si la madre estuvo soltera entre la concepción y el nacimiento, el feto 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

Nombre legal actual de la madre (Nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (Jr. III, etc.))
--

Apellido de la madre antes del primer matrimonio (apellido de soltera)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
--	----------------------------------

Dirección (Residencia-Dónde se encuentra el hogar de la madre)	Ciudad	Estado	Código postal
--	--------	--------	---------------

Condado	País (si no está en los Estados Unidos)	¿Esta dirección está dentro de los límites de la ciudad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------	---	---

Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/> Estado _____ <input type="checkbox"/> Territorio de EE. UU. _____ (es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, Samoa Americana o Marianas del Norte) <input type="checkbox"/> País extranjero _____ si es Canadá, indique la provincia)

¿Estaba casada la madre en el momento de la concepción o del nacimiento o en algún momento intermedio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 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"/> 9.º a 12.º grado, sin diploma <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED completo <input type="checkbox"/> Algunos créditos universitarios, pero ningún título <input type="checkbox"/> Título asociado (por ejemplo, AA, AS) <input type="checkbox"/> Licenciatura (por ejemplo, BA, AB, BS) <input type="checkbox"/> Maestría (por ejemplo, MA, MS, MEng, Med, MSW, MBA) <input type="checkbox"/> Doctorado (por ejemplo, PhD, EdD) o título profesional (por ejemplo, MD, DDS, DVM, LLB, JD) <input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce

Raza (Marque una o más razas para indicar cómo se identifica usted)

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

Ascendencia (Marque una o más razas para indicar cómo se identifica usted)

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

¿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.

<input type="checkbox"/> No, no es española/hispana/latina	<input type="checkbox"/> Sí, otro española/hispana/latina (por ejemplo, española, salvadoreña, dominicana, colombiana)
<input type="checkbox"/> Sí, es mexicana, mexicoamericana, chicana	Especifique: _____
<input type="checkbox"/> Si, puertorriqueña	<input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce
<input type="checkbox"/> Sí, cubana	

¿La madre consumió alcohol durante el embarazo?

Sí - Número promedio de tragos por semana: _____ No Rechaza/Desconoce

¿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	

Para una muerte fetal nacida fuera del matrimonio y para madres casadas cuyo esposo no es el padre de este feto, la Ley Estatal de ND (Código de ND Century 23-02.1-20 (6)) requiere que se complete un Reconocimiento de Paternidad para que la información del padre biológico pueda ser agregada al registro de fallecimiento fetal. Si no se completa un Reconocimiento de Paternidad, entonces la información del padre debe quedar en blanco en el acta de defunción fetal. Si la madre está casada y su esposo es el padre de este niño, entonces las preguntas 14 y 15 se pueden responder como N/A (No aplica). Si tiene preguntas adicionales sobre el Reconocimiento de Paternidad, consulte al personal del hospital.

¿Se completó un reconocimiento de paternidad?	¿El marido firmó el descargo de responsabilidad de paternidad?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

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

<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Servicio de salud nativo americano
<input type="checkbox"/> Blue Cross/Blue Shield	<input type="checkbox"/> Pago por cuenta propia
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Otra (especificar): _____
<input type="checkbox"/> Situación militar	<input type="checkbox"/> Rechaza/Desconoce

¿Recibió la madre alimentos de WIC durante este embarazo?

Sí No Rechaza/Desconoce

INFORMACIÓN DEL PADRE

Nombre legal actual del padre (nombre, segundo nombre, apellido, sufijo (Jr. III, etc.))	Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)
Lugar de nacimiento <input type="checkbox"/> Estado _____ <input type="checkbox"/> Territorio estadounidense _____ (es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de EE. UU., Guam, Samoa Americana o Marianas del Norte) <input type="checkbox"/> País extranjero _____ si es Canadá, indique la provincia)	