



Planilla para la madre subrogante de Dakota del Norte

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

< Colocar aquí la etiqueta del hospital >

Planilla para la madre subrogante para completar el certificado de nacimiento de Dakota del Norte

Toda la información que proporcione a continuación es requerida por la Ley del Estado de Dakota del Norte (Código del siglo de Dakota del Norte 23-02.1-13) y se utilizará para crear el acta de nacimiento del niño/a. Por favor, **escriba con claridad**, 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 paternidad del niño. El certificado de nacimiento será utilizado por este niño durante toda su vida. Esta planilla debe completarse **antes de salir del hospital** y debe ser firmada por la madre subrogante o portadora gestacional. Es muy importante que proporcione información completa y precisa a todas las preguntas que aparecen 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 es culpable de un delito grave de clase C. (Código del siglo de Dakota del Norte 23.02-1-32).

Firma

Por la presente certifico que he leído el párrafo anterior y que la información personal proporcionada en esta planilla es correcta según mi leal saber y entender.

Firma de la madre subrogante o portadora gestacional _____

Fecha _____

Información de la madre subrogante

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

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ (Jr, III, Etc)
Sufijo _____

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

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ (Jr, III, Etc)
Sufijo _____

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

Dirección _____ Dpto _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Si no está en Estados Unidos, indique el País _____

¿La dirección proporcionada se encuentra dentro de los límites de la ciudad mencionada anteriormente? ☐ Sí ☐ No

4. ¿La **dirección postal** de la madre subrogante es la misma que su dirección de residencia? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, indique la dirección postal a continuación.

Dirección _____ Dpto _____

Ciudad _____ Condado _____

Estado _____ Código postal _____

Si no está en Estados Unidos, indique el País _____

5. ¿Cuál es la **fecha de nacimiento** de la madre subrogante? _____ / _____ / _____
 Día Mes Año
6. ¿En qué estado, territorio estadounidense o **país extranjero nació la madre subrogante?**
- Estado _____
- O
- Territorio estadounidense _____
(es decir, Puerto Rico, Islas Vírgenes de los Estados Unidos, Guam, Samoa Americana o Islas Marianas del Norte)
- O
- País extranjero (si es Canadá, indique también la provincia) _____
7. ¿Cuál es el **número de Seguro Social** de la subrogante? _____ - _____ - _____
8. ¿La madre subrogante estaba casada en el momento en que nació este niño/a?
- ☐ Sí ☐ No
9. ¿Cuál es el **nivel más alto de escolaridad** que la madre subrogante habrá completado al momento del parto? (Marque la casilla que mejor describa su educación. Si actualmente está inscrita, marque la casilla que indica el grado anterior o título más alto obtenido).
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8vo 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 la escuela secundaria o GED
completado | <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 sin título | <input type="checkbox"/> Rehusó responder/Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Título de asociado (por ejemplo, AA, AS) | |
10. ¿Cual es el **origen racial** de la madre subrogante? (Por favor, marque *una o más* opciones para indicar cómo se identifica).
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Otro origen asiático (especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano | <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo |
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska
Indique la tribu _____ | <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro |
| <input type="checkbox"/> Indio asiático _____ | <input type="checkbox"/> Samoano |
| <input type="checkbox"/> Chino | <input type="checkbox"/> Otro origen isleño del Pacífico (especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Japonés | <input type="checkbox"/> Rehusó responder/Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Coreano | |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita | |
11. ¿Cuál es la **ascendencia** de la madre subrogante? (Por favor, marque *una o más* opciones para indicar cómo se identifica).
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Indígena nativo americano | <input type="checkbox"/> Otro origen europeo occidental (por ejemplo, belga)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Inglés/galés | <input type="checkbox"/> Otro origen del este de europea (por ejemplo, ruso)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Irlandés | <input type="checkbox"/> Otro origen del norte de Europa (por ejemplo, finlandés)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Francés | |
| <input type="checkbox"/> Escandinavo (noruego, danés, sueco) | |
| <input type="checkbox"/> Polaco | |
| <input type="checkbox"/> Rehusó responder/Desconocido | |

12. ¿La madre subrogante 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, Mexicana, Mexicano-estadounidense, Chicana.
☐ Sí, Puertorriqueña
☐ Sí, Cubana
☐ Sí, otro origen Español/Hispano/Latino (por ejemplo, Español, Salvadoreño, Dominicano, Colombiano) (especifique) _____
☐ Rehusó responder/Desconocido

13. ¿La madre subrogante consumió **alcohol** durante el embarazo?

- ☐ Sí
En caso afirmativo, número promedio de bebidas por semana _____
☐ No
☐ Rehusó responder/Desconocido

14. ¿Cuántos **cigarrillos** o paquetes de cigarrillos fumó la madre subrogante en un día promedio durante cada uno de los siguientes períodos de tiempo? Si la madre NUNCA fumó, escriba *cero* en cada período de tiempo.

	# de cigarrillos
Tres meses antes del embarazo	_____
Primeros tres meses de embarazo	_____
Segundos tres meses de embarazo	_____
Tercer trimestre del embarazo	_____

15. ¿Cuántas veces durante un día normal la madre subrogante utilizó un sistema electrónico de suministro de nicotina (ENDS, por sus siglas en inglés) o un producto de vapeo (por ejemplo, JUUL u otros sistemas pod o mod) durante cada uno de los siguientes períodos de tiempo? Si la madre NUNCA usó un ENDS ni vapeó, escriba *cero* en cada período de tiempo.

	# de usos por día
Tres meses antes del embarazo	_____
Primeros tres meses de embarazo	_____
Segundos tres meses de embarazo	_____
Tercer trimestre del embarazo	_____

16. ¿La madre subrogante recibió alimentos del programa **WIC** durante este embarazo?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Rehusó responder/Desconocido