

CHARLOTTE H. DANCIU, P.A.

202 N. Swinton Avenue

Delray Beach, FL 33444

(561) 330-6700

Fax# (561) 330-2446

www.adoption-surrogacy.com

INFORMACIÓN PRELIMINAR

A quien le podemos agradecer por habernos referido? _____

PADRE A COMISIONAR

MADRE A COMISIONAR

Nombre : _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Dirección: _____

Estadía: _____ Propia: _____ Rentada: _____

Estadía: _____ Propia: _____ Rentada: _____

Lugar de Nacimiento:

Lugar de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Edad: _____ Soc. Sec. #: _____

Edad: _____ Soc. Sec. #: _____

Descripción Física: Estatura: _____ Peso: _____

Descripción Física: Estatura: _____ Peso: _____

Ojos: _____ Cabello: _____

Ojos: _____ Cabello: _____

Origen Etnico: _____

Origen Etnico: _____

Religión: _____

Religión: _____

Fecha de Matrimonio:

Fecha de Matrimonio:

Teléfono Casa: _____

Teléfono Casa: _____

Teléfono Celular: _____

Teléfono Celular: _____

Correo E-mail: _____

Correo E-mail: _____

Hijos(as):

_____ Edad: _____

_____ Edad: _____

_____ Edad: _____

Nivel máximo de Educación:

Nivel máximo de Educación:

Profesión estudiada: _____

Profesión estudiada: _____

Intereses o Talentos Especiales:

Intereses o Talentos Especiales:

Servicio Militar: _____

Servicio Militar:

Jefe de Trabajo:

Jefe de Trabajo:

Dirección:

Dirección:

Teléfono Oficina:

Teléfono Oficina:

Ocupación: _____

Ocupación: _____

Ingreso Anual Aprox.: \$ _____

Ingreso Anual Aprox.: \$ _____

Ha sido usted alguna vez arrestado o condenado de un Crimen que no fué una violación de tráfico menor?

(Si la respuesta a esta pregunta es "si", por favor explicar la razón en una hoja aparte adjunta.)

Si: _____ No: _____

Si: _____ No: _____

Usted Toma alcohol? Si: _____ No: _____

Usted Toma alcohol? Si: _____ No: _____

Usted fuma? Si: _____ No: _____

Usted fuma? Si: _____ No: _____

Compañía de Seguro Médico:

Nombre:

Dirección:

Teléfono: _____

Historia Médica Familiar:

Alguna enfermedad seria o crónica incluyendo tratamiento mental o psiquiátrico?

Ha sido usted diagnosticado(a) como infertil? _____

Razón? _____

Ha aplicado usted en otras agencias de Surrogación o Abogados? _____ Dónde?

Responder si corresponde:

Esta usted interesado en la Surrogación Gestacional o Tradicional? _____

Utilizará usted esperma, óvulos o embriones de donantes? _____

Ha identificado usted a una madre sustituta?

INFORMACIÓN DE MADRE SUSTITUTA

NOMBRE, DIRECCIÓN Y TELEFONO DE LA MADRE SUSTITUA:

NÚMERO DE SOCIAL SECURITY DE LA MADRE SUSTITUTA

NÚMERO DE LICENCIA DE CONDUCIR DE LA MADRE SUSTITUA

NOMBRE DEL ESPOSO DE LA MADRE SUSTITUTA:

SOCIAL SECURITY DEL ESPOSO DE LA MADRE SUSTITUTA

LICENCIA DE CONDUCIR DEL ESPOSO DE LA MADRE SUSTITUTA

COMPAÑIA DE SEGURO DE LA MADRE SUSTITUTA :

FECHA DE INSEMINACION/TRANSFERENCIA COMPLETADA:

FECHA DE CONFIRMACION DE EMBARAZO: _____

NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO DEL DOCTOR DE FERTILIDAD: _____

NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO DEL OBSTÉTRICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO ANTICIPADA DEL
BEBE:

NUMERO DE HIJOS A ESPERAR

HOSPITAL DONDE EL NIÑO(A) NACERA:

CUIDAD, CONDADO Y ESTADO DONDE EL NIÑO(A) NACERA: _____

NOMBRE LEGAL QUE SE LE DARA AL NIÑO(A):

SEGURO MEDICO QUE SE LE DARA AL NIÑO(A): _____

**** POR FAVOR INCLUIR UNA FOTO FAMILIAR RECIENTE****

Firmado el día _____ del mes _____,
20__.

Padre a Comisionar

Madre a Comisionar