

**FORMULARIO DE ENTREVISTA DE PATERNIDAD OBLIGATORIO**    Nombre: \_\_\_\_\_  
 SSN #: \_\_\_\_\_

Devuelva este formulario a: [Dane County Child Support Agency](#)

**Información de la madre:**

NOMBRE COMPLETO		INICIAL	APELLIDO		Fecha de nacimiento	
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	Número Seguro Social o ITIN	
Nombre y dirección de empleador: (Calle    Ciudad    Estado    Código postal)				Teléfono de la madre en el día	Estado civil al concebir/nacimiento [ ] Casada [ ] Soltera	
<b>Si alguna vez casada:*</b>	Nombre del esposo:					
	Dirección del esposo: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	
	Fecha matrimonio:		Última fecha que vivió con esposo:		Fecha de última relación sexual con el esposo:	
	* Si se ha casado más de una vez, adjunte hoja con nombre y los detalles de arriba del esposo					
<b>Si es divorciada:</b>	Fecha y condado/estado de divorcio(s):					
Si recibe ayuda pública, se incluye <b>Aviso de Causa Justificada</b>						
<b>Si ahora está casada, anote otros hijos suyos nacidos durante este matrimonio, pero no hijos del esposo:</b>						
Nombre niño/a		Fecha de nacimiento niño/a		#SS del niño		

**Información del hijo/a:**

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO:		Inicial	Apellido		Fecha de nacimiento/fecha parto	
PESO AL NACER _____ libras _____ onzas		Tipo de parto: [ ] Normal [ ] Cesárea			Nombre del Doctor:	
Si el bebé pesó menos de 5 libras, 8 onzas al nacer, Fecha original del parto:      Fecha de última menstruación:						
Nombre y lugar del hospital donde nació el bebé:				Nombre del HMO:		
¿Pagó Asistencia Médica el parto? [ ] <SÍ> [ ] <NO>		Si no pagó Asistencia Médica, ¿quién pagó el parto?				
Número Seguro Social		¿Se ha iniciado en alguna parte un proceso de paternidad por este niño? [ ] <SÍ> [ ] <NO> Si es sí, ¿dónde?				

**Información del o de los posibles padres: Anote la siguiente información de todos los hombres con quien haya tenido relaciones sexuales durante el período de concepción desde**

NOMBRE COMPLETO		Inicial	Apellido		Otro(s) nombre(s) usados(s)	
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	Fecha y lugar de nacimiento	
Nombre y dirección de empleador: (Calle    Ciudad    Estado    Código postal)				Número Seguro Social o ITIN		
Teléfono celular		Teléfono casa			Teléfono trabajo	
Raza	Ojos	Pelo	Peso	Altura	Cicatrices o tatuajes	

¿Está él casado? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>	Si es sí, nombre de esposa:	¿Lo han arrestado/encarcelado? ¿Cuándo y dónde? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>
¿Mantiene él a otros hijos? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>	Si es sí, anote nombres:	
¿Dónde viven?	¿La relación sexual la tuvo en Wisconsin? Si no, ¿en qué estado? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>	
¿Usted aceptó voluntariamente (consintió) la relación sexual? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>		
<b>Anote a otros hijos nacidos o adoptados juntos con este hombre:</b>		
Nombre niño/a	Fecha de nacimiento niño/a	#SS del niño

**Información de otros posibles padres:**

NOMBRE COMPLETO		Inicial	Apellido		Otro(s) nombre(s) usados(s)
Dirección: Calle		Ciudad	Estado	Código postal	Fecha y lugar de nacimiento
Nombre y dirección de empleador: (Calle Ciudad Estado Código postal)					Número Seguro Social o ITIN
Teléfono celular		Teléfono casa		Teléfono trabajo	
Raza	Ojos	Pelo	Peso	Altura	Cicatrices o tatuajes
¿Está él casado? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>	Si es sí, nombre de esposa:		¿Lo han arrestado/encarcelado? ¿Cuándo y dónde? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>		
¿Mantiene él a otros hijos? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>	Si es sí, anote nombres:				
¿Dónde viven?	¿La relación sexual la tuvo en Wisconsin? Si no, ¿en qué estado? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>				
¿Usted aceptó voluntariamente (consintió) la relación sexual? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>					
<b>Anote a otros hijos nacidos o adoptados juntos con este hombre:</b>					
Nombre niño/a		Fecha de nacimiento niño/a		#SS del niño	

**Si usted nombra a más de dos posibles padres, adjunte una hoja con los nombres e información completa.**

OTROS COMENTARIOS:	
¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> <SI> <input type="checkbox"/> <NO>	Si responde sí, ¿en qué idioma?
¿Ha presentado un formulario de reconocimiento voluntario de paternidad por este niño/a? <input type="checkbox"/> <SI> <input type="checkbox"/> <NO> ¿En qué estado? Fecha en que lo envió:	
Si no, ¿piensa usted presentar un formulario de reconocimiento voluntario de paternidad? <input type="checkbox"/> <SÍ> <input type="checkbox"/> <NO>	

<b>Yo certifico que la información provista en este formulario es verdadera y correcta según mi entender.</b>	
Firma	Fecha

**Provea una foto, si tiene, del o de los posibles padres**