



Michelle M. Hausmann, Esq.*
Amy U. Hickman, Esq.*

* Board Certified in Adoption Law

* Members of the American Academy of Adoption Attorneys

Aplicación de Subrogación

ESPOSO/ESPOSA

NOMBRE DEL ESPOSO: Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

NOMBRE DE LA ESPOSA: Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Apellido de soltera _____

DIRECCIÓN: _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

TELÉFONO: Casa () _____ Celular () _____ Correo electrónico _____

MATRIMONIO: Fecha: _____ lugar _____

PERSONAL

ESPOSO

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Edad _____

Número de seguro social: _____

Número de licencia de conducir: _____

Raza _____ Nacionalidad _____

Compañía de seguro medico _____

ESPOSA

Fecha de nacimiento: _____

Lugar de nacimiento: _____ Edad _____

Número de seguro social: _____

Número de licencia de conducir: _____

Raza _____ Nacionalidad _____

Compañía de seguro medico _____

ESTATUS FINANCIERO

ESPOSO

Ingresos anuales: _____

Suma de ahorros: _____

Otras inversiones: _____

ESPOSA

Ingresos anuales: _____

Suma de ahorros: _____

Otras inversiones: _____

PARA QUE NOSOTROS PODAMOS COMPRENDER MEJOR SU HISTORIA Y ASISTIRLE EN EXPANDIR SU FAMILIA, POR FAVOR CONTESTE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES:

¿Tiene un diagnóstico de infertilidad? _____



¿Ha consultado con un endocrinólogo reproductivo o con otro especialista con respecto a su infertilidad? _____

¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____

¿Un médico ha confirmado que usted es candidato para subrogación o para asistencia de un donante de óvulo/esperma? _____

Están considerando: Subrogación gestacional _____ Subrogación tradicional _____ Donación de óvulo _____ Donación de esperma _____

¿Ya usted ha identificado a una madre subrogada o a un donante? _____

SELECCIONANDO A LA MADRE SUBROGADA/DONANTE

¿Está dispuesto a dar su información que lo identifique a la madre subrogada/donante, como su apellido y su dirección? _____

¿Quisiera usar un médico específico para la inseminación/transferencia de embrión? _____ ¿Quién? _____

¿Usted desea asistir a las consultas medicas prenatales de la madre subrogada? _____

¿En caso que se logre un embarazo múltiple, usted consideraría que la madre subrogada se hagan un tratamiento de reducción selectiva? _____

¿Requeriría que la madre subrogada se haga un amniocentesis aunque no sea requerido por el médico que la atiende? _____

¿Si las pruebas de laboratorio indican anormalidades fetales, usted le pidiera a la madre subrogada que termine el embarazo? _____

¿Usted piensa explicarle a su hijo cómo la subrogación o la donación de óvulo/esperma les ayudó a ser padres? _____

REFERENCIA

¿Cómo usted fue referido a nuestra oficina? _____

FIRMA

Su firma abajo indica que la información contenida en esta Aplicación de Subrogación es verdadera y esta correcta en este momento y será actualizada por usted si hay cualquier cambio antes de que se finalice el asunto de su subrogación.

Madre destinada _____

Fecha _____

Padre destinado _____

Fecha _____

El emplear un abogado es una decisión importante que no debe ser basada únicamente en anuncios. Antes que usted decida, pidanos que les enviemos información gratis por escrito sobre nuestras calificaciones y experiencias.