Departamento de Salud Pública de Illinois

IDENTIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN DE UNA PERSONA ADOPTADA

(Indique todos los datos conocidos)

Yo, _____, declaro lo siguiente:
(nombre presente) (primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Nombre adoptivo _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Nombre al nacimiento de la persona adoptada (si esto se sabe) _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Fecha de nacimiento _____ Sexo o género _____ Hospital (si esto se sabe) _____

Ciudad y estado del nacimiento _____

Nombre del padre adoptivo (si esto se aplica) _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Nombre de la madre adoptiva (si esto se aplica) _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido de soltera) (apellido)

Se me adoptó por medio de _____
(nombre de la agencia) (ciudad y estado de la agencia)

Se me adoptó de manera privada _____ (indique que "sí", si esto se sabe)

Se me adoptó en _____ _____
(ciudad y estado) (fecha aproximada)

Otros datos de identificación _____

_____

Nombre de la madre biológica (si esto se sabe) _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido de soltera) (apellido)

Nombre del padre biológico (si esto se sabe) _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Indique el (los) nombre(s) al nacimiento y las edades del (de los) hermano(s) que tengan en común un padre o madre biológica con la persona adoptada (si esto se sabe). Si hay más de un hermano, por favor indique al dorso de este formulario los datos que se piden a continuación.

_____ _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Fecha de nacimiento _____ Sexo o género _____ Raza _____
(o edad aproximada)

Ciudad y estado de nacimiento _____

Nombre(s) del (de los) progenitores biológicos en común _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

_____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

(Note por favor que (1) Ud. deberá tener al menos 21 años de edad para inscribirse y (2) si Ud. no nació en Illinois, deberá presentar una copia certificada de su acta de nacimiento.)

_____
(firma de la persona adoptada)

_____ _____
(fecha) (nombre de la persona adoptada, escrito a máquina o en imprenta)

Illinois Department of Public Health, Division of Vital Records, 925 East Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737