Departamento de Salud Pública de Illinois

IDENTIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN DE PERSONA ENTREGADA

(Apunte todos los datos conocidos.)

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

Nombre al nacimiento de la persona entregada (si se conoce) _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido)

Fecha de nacimiento _____ Sexo o género _____ Raza _____

Ciudad y estado del nacimiento _____

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

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

Fui entregado para adopción a _____
(nombre de la agencia)

Ciudad y estado de la agencia _____ Fecha _____
(aproximada)

Otros datos de identificación _____

_____

_____

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

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

Apunte el (los) nombre(s) al momento del nacimiento y las edades del (de los) hermano(s) que tengan en común un padre o madre biológica con la persona adoptada (si se conoce). Si hay más de un hermano, por favor anote 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 comunes _____ Raza _____
(primer nombre) (segundo nombre) (apellido de soltera) (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, escrita a máquina o en imprenta)

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