



**Departamento de Salud Pública de Illinois  
División del Registro Civil**

**CERTIFICACIÓN DE FAMILIA SUSTITUTA  
DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Nombre de la Madre de gestación \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del esposo/pareja de unión civil de la Madre de gestación

Ninguno (marque) \_\_\_\_\_ o indique el Nombre \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre de la Madre/progenitor intencionado \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del Padre/progenitor intencionado \_\_\_\_\_  
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

La presente declaración se completa y presenta para ser registrada antes del nacimiento de un niño que está siendo gestado por la madre de gestación, a fin de establecer una relación de progenitor e hijo de acuerdo a la Sección 12 de Vital Records Act (Ley del Registro Civil) (410 ILCS 535/12), la Sección 6 de Illinois Parentage Act of 1984 (Ley de la Paternidad de Illinois) (750 ILCS 45/6) y Gestational Surrogacy Act (Ley sobre Familias Sustitutas) (750 ILCS 47). Los nombres de la madre/progenitor intencionado y del padre/progenitor intencionado deben inscribirse en el acta de nacimiento del niño. Los nombres de la madre de gestación y del esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene) no deben inscribirse en el acta de nacimiento. Yo soy médico/a y tengo licencia para practicar la medicina en todas sus especialidades en el Estado de Illinois. Certifico que el niño gestado por la madre de gestación es el hijo biológico de la madre/progenitor intencionado y/o del padre/progenitor intencionado. Certifico también que ni la madre de gestación ni el esposo/pareja de unión civil de la madre de gestación (si es que lo tiene) es uno de los progenitores biológicos del niño gestado por la madre de gestación.

Fecha \_\_\_\_\_  
(Indique el mes, el día y el año)

\_\_\_\_\_  
Firma del médico/a

\_\_\_\_\_  
Número de la licencia médica de Illinois

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Dirección del consultorio

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del consultorio

<p>Dos testigos deben atestiguar la firma del médico que completa esta declaración sobre la relación entre los padres/progenitores intencionados y la madre sustituta, y deben hacer la siguiente declaración: <b>Yo soy un adulto competente y no soy ni la madre de gestación, ni el esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene), ni la madre/progenitor intencionado, ni el padre/progenitor intencionado.</b></p>	
<p>_____ Firma de testigo</p>	<p>_____ Firma de testigo</p>
<p>_____ Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta</p>	<p>_____ Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta</p>
<p>Fecha _____ (Indique el mes, el día y el año)</p>	<p>Fecha _____ (Indique el mes, el día y el año)</p>

Antes del nacimiento del niño, el presente formulario debe colocarse en el expediente médico de la madre de gestación y copias del mismo deben archivararse con el Departamento de Salud Pública de Illinois en 925 East Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737.

**No se cobra NINGÚN ARANCEL por presentar declaraciones de familias sustitutas.**