



Registro Voluntario de Adopción Información no identificatoria

FOR AGENCY USE

Solicitud de información no identificatoria

Por la presente solicito que el Departamento de Servicios Humanos (DHS), de acuerdo con lo dispuesto en ORS 109.500, me provea los antecedentes no identificatorios genéticos, de salud y sociales relacionados con la persona adoptada, el/los padre(s) biológico(s) y/o los familiares del (de los) padre(s) biológico(s).

_____	_____
Firma de la persona solicitante	Nombre impreso e la persona solicitante

Fecha de la solicitud	

La persona que solicita la información es:

<input type="checkbox"/> Persona adoptada de 18 años o más.	<input type="checkbox"/> Hijo u otro descendiente de la persona adoptada (de 18 años o más si la persona adoptada falleció).
<input type="checkbox"/> Padre biológico (sólo información de ubicación, no se puede divulgar información sobre los padres adoptivos).	<input type="checkbox"/> Cónyuge de la persona adoptada (si la persona adoptada falleció y el cónyuge es padre biológico o tutor de algún hijo de la persona adoptada).
<input type="checkbox"/> Padre adoptivo o tutor de la persona adoptada.	

Por favor responda las siguientes preguntas. Escriba “no sé” si desconoce la respuesta.

Nombre del solicitante:	Teléfono particular:
Dirección:	Teléfono laboral:
Ciudad, estado, código postal:	Fecha de nacimiento:

Información sobre la persona adoptada:

Nombre actual: _____

Nombre de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre adoptivo:	Lugar de nacimiento:
Fecha de nacimiento:	Nombres de los padres adoptivos:

Información sobre el/los padre(s) biológico(s) de la persona adoptada:

Nombre de la madre:	Nombre del padre:
Nombre de la madre al momento de la adopción:	

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN DIFERENTE FORMATO

Con esta solicitud se debe enviar cheque u orden de dinero por \$45,00 a pagar al Departamento de Servicios Humanos.

ESTE FORMULARIO ESTÁ DISPONIBLE EN DIFERENTE FORMATO