



Instrucciones:

Usted podrá elegir cancelar su autorización para divulgar información identificatoria en cualquier momento. Proporcione la mayor cantidad de información posible que conozca. Escriba a máquina o en letra de imprenta con tinta negra o azul.

Marque la casilla que corresponda a continuación. Soy una de las siguientes personas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Adoptado de 18 años de edad o mayor | <input type="checkbox"/> Padre/madre biológico/a |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre adoptivo/a de un adoptado menor de 18 años, o que haya sido declarado incapacitado por un tribunal de menores o haya fallecido. | <input type="checkbox"/> Superviviente del padre biológico* |

*Los supervivientes del padre biológico incluyen el cónyuge del padre biológico fallecido, padre, hermano, hijo (biológico, adoptivo e hijastro), nieto, tía, tío, hijos de tías y tíos si no hay otros familiares supervivientes y los hijos de los nietos si no hay otros familiares supervivientes.

I. INFORMACIÓN DEL ADOPTADO

NOMBRE ACTUAL (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRE DEL NIÑO COMO ESTÁ REGISTRADO EN EL CERTIFICADO ORIGINAL DE NACIMIENTO (apellido, nombre, segundo nombre)			
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMENINO	
LUGAR DE NACIMIENTO	CONDADO	CIUDAD/MUNICIPIO	ESTADO	HOSPITAL (si se conoce)	
LUGAR DONDE SE FINALIZÓ LA ADOPCIÓN (ciudad/condado/estado)			FECHA EN LA QUE SE FINALIZÓ LA ADOPCIÓN (MM/DD/AAAA)		
DIRECCIÓN ACTUAL (calle y número)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

II. INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICOS

NOMBRE DEL PADRE O MADRE BIOLÓGICOS (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRES ANTERIORES (incluya apellido de soltera, apodos, alias. Apellido, nombre, segundo nombre)			
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		(CÓDIGO DE ÁREA) TELÉFONO DURANTE EL DÍA			
DIRECCIÓN (CALLE Y NÚMERO)		CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

III. INFORMACIÓN DEL SUPERVIVIENTE DEL PADRE BIOLÓGICO

NOMBRE (APELLIDO, NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE)		FECHA DE NACIMIENTO (DD/MM/AAAA)			
DIRECCIÓN		(PREFIJO) TELÉFONO DURANTE EL DÍA			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL			



IV. INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE ADOPTIVOS

El padre o madre adoptivos podrán presentar la cancelación de una autorización anterior para la divulgación de información para su hijo de menor de 18 años de edad, o que haya sido declarado incapacitado por un tribunal de menores o haya fallecido.

NOMBRE DEL PADRE O MADRE ADOPTIVOS (apellido, nombre, segundo nombre)		NOMBRE Y APELLIDO DE SOLTERA (si corresponde)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)		(Código de área) TELÉFONO DURANTE EL DÍA	
DIRECCIÓN (calle y número)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

CANCELACIÓN DE CONSENTIMIENTO PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

Por la presente cancelo mi autorización para divulgar información identificatoria.
(La información identificatoria incluye nombres, apellidos e información de contacto.)

Certifico que la información anterior es exacta y completa a mi leal saber y entender y presentada como verdadera y correcta sujeta a las sanciones de ley (sección 4904 del Código de Delitos de Pennsylvania).

FIRMA		FECHA	
--------------	--	--------------	--