

Completar este formulario es de carácter voluntario. Si envía una solicitud al Departamento de Salud para que elimine su nombre en la copia no certificada del certificado de nacimiento de su hijo, debe completar las secciones I, IIA o IIIA, y VI. Sin embargo, le animamos a que proporcione la mayor cantidad de información posible. Usted puede elegir:

1. Divulgar información que le identifique con el hijo biológico o su familia.
2. Proporcionar sólo información que no le identifique.
3. Ambas opciones.

NOTA: Si envía una solicitud al registro civil para que suprima su nombre en la copia no certificada de la partida de nacimiento original de su hijo biológico, debe cumplir con lo establecido en los artículos I, II, III y IV.

Cada sección de este formulario se designa como de identificación o no identificación. Por favor, escriba a máquina o imprima en tinta de color negro o azul. Cada padre biológico/superviviente del padre biológico que reporte información, debe completar un formulario separado para cada niño puesto en adopción. Si usted no sabe o no está seguro de una respuesta, déjela en blanco.

La información de identificación incluirá nombres e información de contacto.

La información de no identificación no incluye nombres e información de contacto, pero no incluye información médica, social y educativo, etc.

Por favor, marque la opción correspondiente a continuación:

- Estoy proporcionando información familiar por primera vez.
 Estoy actualizando la información familiar presentada anteriormente.

Por favor, indique su relación con el niño para el que usted está completando esta información:

- Madre biológica Padre biológico Superviviente del padre biológico*

*Superviviente del padre biológico incluye 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 NIÑO

NOMBRE ACTUAL DEL NIÑO (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		NOMBRE DEL NIÑO REGISTRADO EN EL ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		GÉNERO	<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
LUGAR DE NACIMIENTO	CONDADO	CIUDAD/MUNICIPALIDAD	ESTADO	HOSPITAL (Si procede)
LUGAR DONDE LOS DERECHOS DE LOS PADRES TERMINARON (Ciudad/Condado/Estado)		FECHA DE TERMINACIÓN DE LOS DERECHOS DE LOS PADRES (MM/DD/AA)		

AUTORIZACIÓN/DENEGACIÓN DE AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Usted puede seleccionar las opciones enumeradas a continuación que desee. Estoy de acuerdo en liberar la información de identificación a los individuos indicados a continuación:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hijo biológico (cuando él o ella cumpla 18 años) | <input type="checkbox"/> Descendientes del hijo biológico (si el hijo biológico falleció) |
| <input type="checkbox"/> Padres adoptivos del hijo biológico (si el hijo biológico es menor de 18 años o es una persona discapacitada) | <input type="checkbox"/> Abuelos congénitos del hijo biológico, siempre y cuando el hijo biológico tenga 21 años de edad o yo esté incapacitado o haya fallecido. |
| <input type="checkbox"/> Tutor legal del hijo biológico | <input type="checkbox"/> Hermanos biológicos del hijo biológico si ambos tienen 21 años de edad. |

Incluso si usted elige liberar la información de identificación a su hijo biológico, puede especificar que desea o no desea contacto con él o ella.

- Deseo tener contacto con mi hijo biológico. No deseo tener contacto con mi hijo biológico.
 Deseo que solo un intermediario o un representante de búsqueda autorizado se ponga en contacto conmigo.

Entiendo que al firmar a continuación, estoy de acuerdo con la liberación de la información de identificación a las personas indicadas anteriormente. Si no selecciono a cualquier de las personas mencionadas anteriormente, entiendo que no se divulgará ninguna información de identificación. Puedo cambiar este consentimiento en cualquier momento, mediante la actualización de este formulario o enviando un Formulario de Revocación de Autorización de Liberación de Información.

FIRMA DEL PADRE BIOLÓGICO/SUPERVIVIENTE DEL PADRE BIOLÓGICO	FECHA

INFORMACIÓN DE REGISTRO

IIA. INFORMACIÓN PERSONAL (DE IDENTIFICACIÓN) DE LA MADRE BIOLÓGICA

NOMBRE DE LA MADRE BIOLÓGICA (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		NOMBRES ANTERIORES (Incluir nombre de soltera, sobrenombres y alias. Apellido, primer nombre, segundo nombre.)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		(PREFIJO) TELÉFONO DIURNO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

IIB. ANTECEDENTES DE LA MADRE BIOLÓGICA (INFORMACIÓN DE NO IDENTIFICACIÓN)

MÁXIMO NIVEL ACADÉMICO OBTENIDO	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela preparatoria	<input type="checkbox"/> Algo de universidad	<input type="checkbox"/> Título universitario	<input type="checkbox"/> Título de posgrado
YO ME DESCRIBIRÍA COMO:	<input type="checkbox"/> De bajos ingresos	<input type="checkbox"/> De medianos ingresos	<input type="checkbox"/> De altos ingresos	
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltera	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Viuda
HIJOS	<input type="checkbox"/> # de niños _____		<input type="checkbox"/> # de niñas _____	
RAZA/GRUPO ÉTNICO (Seleccione todas las opciones que correspondan)				
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Afroamericana/raza negra	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/nativo de las Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Otra _____	Hispana: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
ESTATURA	PESO	COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO	TIPO DE CABELLO
				<input type="checkbox"/> Rizado <input type="checkbox"/> Lacio
TEZ			LATERALIDAD MANUAL	
<input type="checkbox"/> Clara	<input type="checkbox"/> Trigueña	<input type="checkbox"/> Media	<input type="checkbox"/> Oscura	<input type="checkbox"/> Diestra <input type="checkbox"/> Zurda

IIC. OTROS HIJOS DE LA MADRE BIOLÓGICA - (IDENTIFICACIÓN) Utilice la página adicional si es necesario

PUESTO EN ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD, ESTADO	NOMBRE DEL PADRE		
PUESTO EN ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD, ESTADO	NOMBRE DEL PADRE		
PUESTO EN ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD, ESTADO	NOMBRE DEL PADRE		
PUESTO EN ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD, ESTADO	NOMBRE DEL PADRE		
PUESTO EN ADOPCIÓN <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	FECHA DE NACIMIENTO
CIUDAD, ESTADO	NOMBRE DEL PADRE		

III.A. INFORMACIÓN PERSONAL (DE IDENTIFICACIÓN) DEL PADRE BIOLÓGICO			
NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO (Apellido, primer nombre, segundo nombre)		NOMBRES ANTERIORES (Incluir sobrenombres y alias)	
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		(PREFIJO) TELÉFONO DIURNO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

III.B. ANTECEDENTES DEL PADRE BIOLÓGICO (INFORMACIÓN DE NO IDENTIFICACIÓN)	
MÁXIMO NIVEL ACADÉMICO OBTENIDO	<input type="checkbox"/> Diploma de la escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Título universitario <input type="checkbox"/> Título de posgrado
YO ME DESCRIBIRÍA COMO:	<input type="checkbox"/> De bajos ingresos <input type="checkbox"/> De medianos ingresos <input type="checkbox"/> De altos ingresos
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Viuda
HIJOS	<input type="checkbox"/> # de niños _____ <input type="checkbox"/> # de niñas _____
RAZA/GRUPO ÉTNICO (Seleccione todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afroamericana/raza negra <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/nativo de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra _____ Hispana: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ESTATURA	PESO
COLOR DE OJOS	COLOR DE CABELLO
TIPO DE CABELLO	
<input type="checkbox"/> Rizado <input type="checkbox"/> Lacio	
TEZ	
<input type="checkbox"/> Clara <input type="checkbox"/> Trigueña <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Oscura	
LATERALIDAD MANUAL	
<input type="checkbox"/> Diestra <input type="checkbox"/> Zurda	

III.C. OTROS HIJOS DEL PADRE BIOLÓGICO - (IDENTIFICACIÓN) Utilice la página adicional si es necesario					
PUESTO EN ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE		GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
CIUDAD, ESTADO				NOMBRE DE LA MADRE	
PUESTO EN ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE		GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
CIUDAD, ESTADO				NOMBRE DE LA MADRE	
PUESTO EN ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE		GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
CIUDAD, ESTADO				NOMBRE DE LA MADRE	
PUESTO EN ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE		GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
CIUDAD, ESTADO				NOMBRE DE LA MADRE	
PUESTO EN ADOPCIÓN	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NOMBRE		GÉNERO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
CIUDAD, ESTADO				NOMBRE DE LA MADRE	

IV. INFORMACIÓN DEL SUPERVIVIENTE DEL PADRE BIOLÓGICO (IDENTIFICACIÓN)

NOMBRE (Apellido, primer nombre, segundo nombre)			
FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA)		(PREFIJO) TELÉFONO DIURNO	
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

V. EMBARAZO, NACIMIENTO E HISTORIA DE LA INFANCIA TEMPRANA (MADRE BIOLÓGICA SOLAMENTE - NO IDENTIFICACIÓN)

EDAD A LA PRIMERA MENSTRUACIÓN	SI PROCEDE, EDAD A LA MENOPAUSIA	NÚMERO DE EMBARAZOS
NÚMERO DE NACIMIENTOS VIVOS	NÚMERO DE ABORTOS INVOLUNTARIOS	PARTOS MÚLTIPLES <input type="checkbox"/> Twins <input type="checkbox"/> Triplets <input type="checkbox"/> Otra: _____
HISTORIAL DE PROBLEMAS DEL SISTEMA REPRODUCTIVO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, seleccione todas las opciones que correspondan a continuación)		
<input type="checkbox"/> Menstruaciones irregulares <input type="checkbox"/> Menstruaciones dolorosas <input type="checkbox"/> Miomas (benignos) <input type="checkbox"/> Quistes ováricos (benignos) <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Otros _____		

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN ESPECÍFICAMENTE AL EMBARAZO PARA EL NIÑO IDENTIFICADO EN LA SECCIÓN I.

COMPLICACIONES DURANTE EL EMBARAZO		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, seleccione todas las opciones que correspondan a continuación)
<input type="checkbox"/> Sangrado <input type="checkbox"/> Toxemia <input type="checkbox"/> Infecciones del tracto urinario <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional <input type="checkbox"/> Otros _____		
¿LESIONES DURANTE EL EMBARAZO?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, descríbala a continuación.)
¿PROCEDIMIENTOS DE RAYOS-X DURANTE EL EMBARAZO?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, indique el mes de embarazo _____)
Si la respuesta es SÍ, indique el propósito de los Rayos-X:		

¿ENFERMEDADES DURANTE EL EMBARAZO?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, enumérelas a continuación.)
ENFERMEDAD	TRATAMIENTO	
DURACIÓN DEL EMBARAZO	<input type="checkbox"/> Prematuro - Número de semanas antes: _____ <input type="checkbox"/> Término competo <input type="checkbox"/> Posterior al término - Número de semanas de retraso: _____	
¿CONSUMO DE TABACO DURANTE EL EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, indique el número promedio de cigarrillos diarios: _____)	
¿CONSUMO DE ALCOHOL DURANTE EL EMBARAZO?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, indique el número promedio de bebidas alcohólicas diarias: _____)	

ENUMERE LOS MEDICAMENTOS SIN RECETA, RECETADOS, LEGALES E ILEGALES, CONSUMIDOS DURANTE EL EMBARAZO		

DURACIÓN DEL PARTO	Horas: _____	TIPO DE PARTO	<input type="checkbox"/> Espontáneo <input type="checkbox"/> Fórceps <input type="checkbox"/> De nalgas <input type="checkbox"/> Cesárea
¿COMPLICACIONES DURANTE EL PARTO?		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Si la respuesta es SÍ, descríbalas a continuación.)	

VI. HISTORIAL MÉDICO FAMILIAR (NO IDENTIFICACIÓN)

Esta sección sólo se aplica al miembro de la familia biológica que está completando este formulario y sus parientes sanguíneos.

- Seleccione YO si la condición médica aplica al PADRE BIOLÓGICO que está completando el formulario.
- Seleccione FAMILIA si la condición médica aplica al familiar consanguíneo que está completando el formulario.
 - Cuando seleccione FAMILIA, complete la columna de RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO.
 - Indique si el familiar es pariente materno (del lado de la madre biológica) o paterno (del lado del padre biológico).

CONDICIÓN MÉDICA (Seleccione todas las opciones que correspondan)		YO	FAMILIA	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO	CONDICIÓN MÉDICA (Seleccione todas las opciones que correspondan)		YO	FAMILIA	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO	
ALERGIAS										
AMBIENTALES					ALIMENTARIAS					
PLANTAS					MEDICAMENTOSAS/ PRODUCTOS QUÍMICOS					
ANIMALES										
OTRAS (ESPECIFIQUE):										
CONDICIONES DE OJOS Y OÍDOS										
CATARATAS					HIPERMETROPÍA					
GLAUCOMA					ASTIGMATISMO					
DALTONISMO										
CEGUERA	Causa:	<input type="checkbox"/>	Hereditaria	<input type="checkbox"/>	No hereditaria	Tipo:	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total
SORDERA	Causa:	<input type="checkbox"/>	Hereditaria	<input type="checkbox"/>	No hereditaria	Tipo:	<input type="checkbox"/>	Parcial	<input type="checkbox"/>	Total
OTRAS (ESPECIFIQUE):										
CONDICIONES DE LA SANGRE, DEL CORAZÓN Y CIRCULATORIAS										
ATAQUE CARDÍACO					PRESIÓN ARTERIAL ALTA					
ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR					ANEMIA					
ENDURECIMIENTO DE LAS ARTERIAS					HEMOFILIA					
COÁGULOS DE SANGRE EN LAS PIERNAS					LA ANEMIA DREPANOCÍTICA					
OTRAS (ESPECIFIQUE):										
CONDICIONES CEREBRALES Y DEL SISTEMA NERVIOSO										
ENFERMEDAD DE ALZHEIMER					ENFERMEDAD DE PARKINSON					
ESCLEROSIS MÚLTIPLE					MIGRAÑAS					
EPILEPSIA Y OTRAS CONDICIONES CONVULSIVAS					ENFERMEDAD DE HUNTINGTON					
PARÁLISIS CEREBRAL					SÍNDROME DE TOURETTE					
OTRAS (ESPECIFIQUE):										

CONDICIÓN MÉDICA (Selecione todas las opciones que correspondan)	YO	FAMILIA	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO	CONDICIÓN MÉDICA (Selecione todas las opciones que correspondan)	YO	FAMILIA	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO
TRASTORNOS HORMONALES							
DIABETES							
TRASTORNO DE LA TIROIDES	Especifique:		<input type="checkbox"/> Hiperactividad de la tiroides <input type="checkbox"/> Bocio <input type="checkbox"/> Hipoactividad de la tiroides <input type="checkbox"/> Deficiencia de Yodo				
TRASTORNO DE LA HIPÓFISIS	Especifique:		<input type="checkbox"/> Hormona excesiva <input type="checkbox"/> Hormona reducida <input type="checkbox"/> Deficiencia de hormona del crecimiento				
OTRAS (ESPECIFIQUE):							
CONDICIONES INTELECTUALES Y DEL DESARROLLO							
SÍNDROME DE DOWN							
TRASTORNO GENERALIZADO DEL DESARROLLO O AUTISMO							
RETRASO MENTAL	Causa:		<input type="checkbox"/> Hereditaria <input type="checkbox"/> No hereditaria				
TRASTORNOS DEL HABLA/ COMUNICACIÓN	Causa:		<input type="checkbox"/> Daño cerebral <input type="checkbox"/> Retraso en el desarrollo <input type="checkbox"/> Anormalidad estructural (boca)				
TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE	Especifique:		<input type="checkbox"/> Dislexia (lectura) <input type="checkbox"/> Disgrafía (escritura) <input type="checkbox"/> Daño cerebral mínimo				
OTRAS (ESPECIFIQUE):							
CONDICIONES MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO							
ESQUIZOFRENIA				TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN (TDA)			
TRASTORNO DE ANSIEDAD				TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH)			
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR				ABUSO DE DROGAS			
TRASTORNO BIPOLAR (MANÍACO-DEPRESIVO)				TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO			
ALCOHOLISMO				ANOREXIA NERVIOSA			
TRASTORNO OBSESIVO COMPULSIVO							
OTRAS (ESPECIFIQUE):							
CONDICIONES GASTROINTESTINALES DEL SISTEMA URINARIO							
ENFERMEDAD DEL RIÑÓN	Causa:		<input type="checkbox"/> Hereditaria <input type="checkbox"/> No hereditaria				
DISFUNCIÓN HEPÁTICA	Causa:		<input type="checkbox"/> Hereditaria <input type="checkbox"/> No hereditaria				
TRASTORNO DE LA VESÍCULA			<input type="checkbox"/> Cálculos biliares <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Tumor				
ÚLCERAS							
DIVERTICULITIS							
COLITIS ULCEROSA/ENFERMEDAD DE CROHN							
OTRAS (ESPECIFIQUE):							

CONDICIÓN MÉDICA (Seleccione todas las opciones que correspondan)	YO	FAMILIA	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO	CONDICIÓN MÉDICA (Seleccione todas las opciones que correspondan)	YO	FAMILIA	RELACIÓN CON EL PADRE BIOLÓGICO
CÁNCER							
SANGUÍNEO (LEUCEMIA)				CEREBRAL			
COLON				ENFERMEDAD DE HODGKIN			
PRÓSTATA				PÁNCREAS			
UTERINO				HÍGADO			
MAMA				OVÁRICO			
PULMONAR				CÉRVICO			
PIEL				ESTOMACAL			
HUESO				GARGANTA			
OTRO (ESPECIFIQUE):							
CONDICIONES GENÉTICAS							
DISTROFIA MUSCULAR				SÍNDROME DE MARFAN			
ESPINA BÍFIDA				ENFERMEDAD DE TAY-SACHS			
PIE EQUINOVARO				LABIO LEPORINO			
ENANISMO				PALADAR HENDIDO			
FIBROSIS QUÍSTICA							
OTRO (ESPECIFIQUE):							
OTRAS CONDICIONES							
COLESTEROL ALTO				OBESIDAD			
ARTRITIS				LUPUS			
ASMA							
EXPOSICIÓN A QUÍMICOS O MATERIALES TÓXICOS (ESPECIFIQUE):							
OTRA (ESPECIFIQUE):							

Certifico que la información anterior es exacta y completa a mi mejor saber y entender, y presentada como verdadera y correcta bajo pena de ley (artículo 9404 del Código Criminal de Pennsylvania). Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar al registro sobre cualquier cambio en mi dirección o la información presentada.

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