



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 | |
|--------------|--|--------------|--|