

## **INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DEL REGISTRO CENTRAL VOLUNTARIO DE ADOPCIÓN**

Llene las 2 páginas de la solicitud del Registro Central Voluntario de Adopción y envíela por correo, junto con lo que más abajo se detalla, a la siguiente dirección:

**VSU – CAR**  
**DSHS MC2096**  
**P.O. Box 149347**  
**Austin, TX 78714-9347**

- \_\_\_\_\_ Un cheque o giro postal por \$30.00 dólares, a nombre de: **DSHS**
- \_\_\_\_\_ Comprobante de edad e identidad por medio de una identificación con fotografía, p. ej., licencia de conducir, pasaporte u otra identificación estatal vigentes, y
- \_\_\_\_\_ Si su nombre ha cambiado debido a un matrimonio, una copia de un documento legal que incluya su apellido de soltera, p. ej., una copia del acta de nacimiento o de matrimonio.
- \_\_\_\_\_ Si usted es un hermano biológico, debe incluir una copia de su acta de nacimiento para que se pueda verificar el parentesco biológico;
- \_\_\_\_\_ Si su nombre ha cambiado legalmente, debe acompañar su petición con una copia certificada de la orden judicial que verifique el cambio de nombre.

### **Información para la persona adoptada:**

Si en su colocación adoptiva estuvo involucrada una agencia de colocación adoptiva, quizá pueda solicitar a los archivos de la agencia de adopción una copia de su registro de adopción que no contenga identificación ni información confidencial. La Unidad de Estadísticas Vitales alberga registros de muchas agencias de colocación adoptiva que ya están cerradas. Para examinar la lista de los expedientes de agencias de colocación adoptiva ya cerradas que conservamos, visite por favor la siguiente dirección en línea:

<http://www.dshs.state.tx.us/vs/reqproc/adoptagencies.shtm>

Si le interesa conocer la identidad del tribunal y el número de caso de su adopción, incluya una cuota adicional de \$10 dólares (para un total de \$40 dólares) y marque “sí” junto a la frase “He incluido una cuota adicional de \$10 dólares (para un total de \$40 dólares) para que se me revele la identidad del tribunal de adopción” en la página 3, Parte 6 de la solicitud para el Registro Central Voluntario de Adopción. El tribunal que haya otorgado la adopción requiere de esta información si usted desea solicitar al tribunal que ordene que se abra su registro de adopción.

**Para todos los solicitantes:** Tome nota por favor de que procesar su solicitud de registro puede tardar hasta 45 días. Si tiene alguna pregunta, llame por favor a nuestra oficina al 1-888-963-7111, extensión 7388 o extensión 6279, envíe un correo electrónico a [warren.magjarevich@dshs.state.tx.us](mailto:warren.magjarevich@dshs.state.tx.us).



## Registro Central Voluntario de Adopción Departamento Estatal de Servicios de Salud SOLICITUD DE REGISTRO

### Parte I: INFORMACIÓN DEL INTERESADO: (todos los solicitantes deben llenar esta sección)

NOMBRE – Primero		Segundo		Apellido		Apellido de soltera		Título	
OTROS NOMBRES USADOS (incluidos el de casada, seudónimos, apodos)								Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Fecha de nacimiento		Edad		Número del Seguro Social		Correo electrónico			
Domicilio postal				Ciudad		Estado		Código postal	
Teléfono (con código de área)			Ciudad donde nació		Condado donde nació		Estado y país donde nació		
Soy: (marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Adoptado <input type="checkbox"/> Madre biológica <input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Hermano biológico									

### Parte II: INFORMACIÓN QUE DEBE LLENAR EL ADOPTADO (conteste tanto como sea posible)

¿Qué edad tenía usted cuando lo entregaron a su familia adoptiva?		Condado de la adopción		Agencia de adopción		Fecha de la adopción o año aproximado		
Nombre de la madre adoptiva (incluido el apellido de soltera)			Fecha de nacimiento		Afiliación religiosa de ella		¿En qué ciudad o condado vivían sus padres adoptivos cuando usted fue dado en adopción con ellos?	
Nombre del padre adoptivo			Fecha de nacimiento		Afiliación religiosa de él			
¿Intervinieron los servicios de bienestar infantil o los de protección al menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Si contestó que sí, ¿dónde vivía el menor al ser separado del cuidado de las autoridades locales (ciudad y condado)?				Año de la separación	
Nombre de la madre biológica <input type="checkbox"/> Se desconoce			Fecha de nacimiento y edad de ella cuando usted nació			Nombre del médico que atendió en el parto		
Nombre del padre biológico <input type="checkbox"/> Se desconoce			Fecha de nacimiento y edad de él cuando usted nació			¿Sabe si tiene algún hermano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó que sí, llene por Favor la parte IV. <input type="checkbox"/> Se desconoce		

### Parte III: INFORMACIÓN QUE DEBE LLENAR LA MADRE O EL PADRE BIOLÓGICOS (conteste tanto como sea posible)

**Si está registrando a más de un hijo, llene por favor una solicitud por separado para cada hijo.**

Nombre al nacer el menor (Primero, segundo, apellido, apellido materno) <input type="checkbox"/> Se desconoce			Nombre adoptivo del menor (Primero, segundo, apellido, apellido materno) <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Fecha de nacimiento del menor (si no lo sabe, dé el año y la época del año aproximados)				Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se desconoce		
Hospital o casa de maternidad		Agencia de adopción		Ciudad o condado y estado donde nació		Nombre del médico que atendió en el parto
¿Usó la madre biológica un seudónimo en el hospital o la casa de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		Si así fue, indique el nombre que usó.			Afiliación religiosa de la madre biológica	
Nombre completo de la madre biológica (incluya el apellido de soltera y todos los apellidos de casada)			Fecha de nacimiento y edad al momento de nacer el menor		Estado y ciudad donde nació	
Nombre del padre biológico y última dirección conocida			Fecha de nacimiento y edad al momento de nacer el menor		Estado y ciudad donde nació	
¿Estaba casada la madre biológica cuando nació este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Si contestó que sí, indique por favor el nombre del esposo			
¿Intervinieron los servicios de bienestar infantil o los de protección al menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce		Si contestó que sí, ¿dónde vivía el menor al ser separado del cuidado de las autoridades locales (ciudad y condado)?			Año de la separación	

**Sus otros hijos:**

Nombre del niño (incluya seudónimos o apodos)	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento, Ciudad y estado	Nombre y fecha de nacimiento del otro padre biológico

**Parte IV: INFORMACIÓN QUE DEBE LLENAR EL HERMANO BIOLÓGICO (conteste tanto como sea posible)**  
**Si se está registrando en busca de más de un hermano, saque por favor tantas copias de esta página como sean necesarias.**

El hermano que usted busca es: <input type="checkbox"/> hermano por parte de ambos padres    O <input type="checkbox"/> medio hermano		Si es medio hermano, el parentesco es por parte de: <input type="checkbox"/> la madre <input type="checkbox"/> el padre		¿En qué orden nació este niño en la familia biológica de la madre?(por ejemplo, el primero de cinco)		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Se desconoce	
Nombre adoptivo del niño (Primero, segundo, apellido, apellido materno) <input type="checkbox"/> Se desconoce				Nombre del niño al nacer <input type="checkbox"/> Se desconoce			
Fecha de nacimiento del niño		Ciudad donde nació		Condado donde nació		Hospital	
Nombre de la madre biológica, incluya (el apellido de soltera) y todos los apellidos de casada.		Fecha de nacimiento y edad de ella al momento de nacer el menor		Ciudad y estado donde ella nació		Afilación religiosa de ella	
¿Hubo algún seudónimo que la madre biológica haya usado en el hospital o casa de maternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce				De ser así, indique el nombre usado			
Nombre del padre biológico		Fecha de nacimiento y edad del padre biológico		Ciudad y estado donde él nació			
¿Estaba casada la madre biológica cuando nació este menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Si contestó que sí, por favor dé el nombre y la fecha de nacimiento del esposo				
¿Intervinieron los servicios de bienestar infantil o los de protección al menor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se desconoce			Si contestó que sí, ¿dónde vivía el menor al ser separado del cuidado de las autoridades locales (ciudad y condado)? ¿Y con quién vivía?				
Si usted es un hermano, por favor proporcione: El nombre completo de la madre biológica de usted, incluidos su apellido de soltera y todos los apellidos de casada <input type="checkbox"/> Se desconoce				El nombre completo del padre biológico de usted			
Si usted es adoptado, el nombre completo de la madre adoptiva o legal de usted, incluidos (el apellido de soltera) y la fecha de nacimiento				Si usted es adoptado, el nombre completo del padre adoptivo o legal de usted, incluida la fecha de nacimiento			
¿Por qué piensa usted que tiene uno o más hermanos biológicos adoptados?							
Nombre de los hermanos biológicos a los que no está buscando	Apellido materno	Fecha de nacimiento	Lugar de nacimiento	Medio hermano o Hermano por padre y madre	Nombre de los padres biológicos		
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Madre		
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Padre		
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Madre		
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Padre		
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Madre		
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Padre		

**Parte V: SECCIÓN DE COMENTARIOS** (cuente cómo sucedió la adopción, dé información adicional no incluida más arriba).  
**Use una página aparte, de ser necesario.**


**Parte VI: TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN LLENAR ESTA SECCIÓN**

Deseo dar mi consentimiento para que mi identidad se dé a conocer a aquellos solicitantes registrados que cumplan los requisitos necesarios para conocer mi identidad.....  sí  no

Autorizo a que el administrador del registro examine todos los registros de estadísticas vitales, registros jurídicos, expedientes hospitalarios Y expedientes de la agencia, incluidos los expedientes confidenciales.....  sí  no

Autorizo a que se revele mi identidad después de mi muerte.....  sí  no

**Solo para los adoptados:** Deseo que se me informe si los expedientes del registro indican que un hermano biológico mío también se ha registrado.....  sí  no

**Solo para los adoptados:** He incluido una cuota adicional de \$10 dólares (para un total de \$40 dólares) para que se me revele la identidad del tribunal de adopción.....  sí  no

Su solicitud tiene una vigencia de 99 años, a menos que usted indique aquí un periodo de tiempo más corto \_\_\_\_\_

Certifico que la información contenida en este formulario es, a mi entender, verídica y correcta.

X Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**Envíe por correo la solicitud, el comprobante de identificación y \$30 dólares a nombre del DSHS a la siguiente dirección:**  
**VSU – CAR (MC2096)**  
**PO Box 149347**  
**Austin TX 78714-9347**