



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:

**DSHS-VSS Central Adoption Registry MC 1966
P.O. Box 149347
Austin, TX 78714-9347**

- _____ Un cheque o giro postal por \$30.00 dólares, a nombre de: **DSHS – Vital Statistics**
- _____ 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>

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.



REGISTRO CENTRAL VOLUNTARIO DE ADOPCIÓN 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		Afiliaación 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		Afiliaación 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.			Afiliaación 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 <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	Afiliación 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?					
Nombres 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 Padre
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Madre Padre
				<input type="checkbox"/> Por padre y madre <input type="checkbox"/> Medio	Madre 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	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no
Autorizo a que se revele mi identidad después de mi muerte	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> 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 _____