



**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.

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

**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).

<b>FIRMA</b>		<b>FECHA</b>	
--------------	--	--------------	--