



Yo, _____, afirmo que soy la persona que completó la Identificación de Inscripción; que tengo _____ años de edad; y que por la misma instruyo al Departamento de Salud Pública a que no publique ningún dato acerca de mí a la(s) siguiente(s) persona(s) (marque todas las aplicables) la madre biológica el padre biológico la abuela biológica el abuelo biológico un hermano o hermana biológica la persona adoptada o entregada la madre adoptiva el padre adoptivo el tutor legal de una persona adoptada o entregada tía biológica tío biológico hijo adulto de una persona adoptada o entregada difunta cónyuge sobreviviente de una persona adoptada o entregada difunta todos los parientes elegibles, no deseo que nadie se ponga en contacto conmigo.

(Anoté su propio nombre, la dirección postal y número telefónico completos, o los mismos datos acerca de otra persona con la que Ud. desea que nos pongamos en contacto. Estos datos tienen únicamente un propósito administrativo y se utilizarán para enviarle una confirmación por escrito de que se ha registrado este formulario de negación.)

NOMBRE		NÚMERO TELEFÓNICO ()
DIRECCIÓN POSTAL		
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Fecha _____,
(indique la fecha)

FIRMA DEL SOLICITANTE

STATE OF _____

COUNTY OF _____

I, a Notary Public, in and for the said county, in the state aforesaid, do hereby certify that _____ personally known to me to be the same person whose name is subscribed to the foregoing Information Exchange Authorization, appeared before me in person and acknowledged that he/she signed such authorization at his/her free and voluntary act and that the statements in such authorization are true.

Given under my hand and notarial seal on _____,
(insert date)

SIGNATURE OF NOTARY