



INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD DE REASIGNACIÓN DE SEXO EN EL ESTADO DE ILLINOIS

Después de una operación(es) completada por un médico con licencia otorgada por los Estados Unidos, la *Declaración Jurada del Médico Después de la Reasignación del Sexo* debe ser llenada por el médico que realizó la operación(es) y la *Declaración Jurada para un Acta de Nacimiento Nueva Después de Reasignación de Sexo* debe ser llenada por el solicitante. Cada declaración jurada deberá estar firmada por un notario público y el original enviado a esta oficina. Por favor note que no se requiere cirugía reconstructiva genital para obtener un cambio en la designación del sexo en un acta de nacimiento actual de Illinois.

Luego de una operación(es) de reasignación de sexo completada fuera de los Estados Unidos, la *Declaración Jurada del Médico que Verifica la Reasignación del Sexo* debe ser llenada por un médico examinador debidamente licenciado para practicar medicina en Illinois o cualquier otro estado de los Estados Unidos. Esta declaración jurada también puede usarse si el médico que completó la operación ya no practica medicina, no está disponible o su licencia ha sido revocada o ha caducado. La *Declaración Jurada para un Acta de Nacimiento Nueva Después de Reasignación de Sexo* debe ser llenada por el solicitante. Cada declaración jurada deberá estar firmada por un notario público y el original enviado a esta oficina.

Si Ud. tiene una orden emitida por un tribunal para un cambio legal de nombre que **NO** aparece en su acta de nacimiento, adjunte una copia certificada de la orden del tribunal. Recuerde chequear la sección apropiada en la *Declaración Jurada para un Acta de Nacimiento Nueva Después de Reasignación de Sexo* para indicar su pedido de cambio de nombre. Si Ud. no adjunta una copia certificada de la orden del tribunal, el acta de nacimiento nueva tendrá el mismo nombre que aparece en el acta de nacimiento original.

Esta oficina revisará todos los documentos enviados y si los requisitos se cumplen, creará un acta de nacimiento nueva reflejando el cambio en la designación del sexo y el cambio de nombre, si fuera apropiado. El acta de nacimiento original y todos los documentos presentados se colocarán en un archivo sellado y confiscado que no podrá abrirse sin una orden emitida por un tribunal.

El arancel es de \$15 e incluye una copia certificada del acta de nacimiento nueva. Copias adicionales ordenadas al mismo tiempo cuestan \$2 por copia. Destine el cheque o giro postal a "Illinois Department of Public Health".

Incluya una copia de su tarjeta válida de identificación con fotografía expedida por el gobierno (ID).

Si tiene otras preguntas, puede llamar al Departamento de Salud Pública de Illinois, División del Registro Civil, al 217-782-6553, de lunes a viernes de 10:00 a.m. a 3:00 p.m.

DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE ILLINOIS

División del Registro Civil

925 E. Ridgely Avenue
Springfield, IL 62702-2737





DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO DESPUÉS DE LA REASIGNACIÓN DEL SEXO

Estado de _____ :
Condado de _____ : SS

Yo, Doctor _____, (M.D./O.D. por sus siglas en inglés), habiendo prestado debidamente el juramento y reconociendo las penalidades criminales por presentar una declaración jurada falsa, declaro que tengo licencia en estado válido para practicar la medicina en el estado de _____ de los Estados Unidos y que personalmente realicé una operación(es) a _____ (nombre del solicitante). Debido a la siguiente operación u operaciones (liste el nombre de la operación(es)) _____ a _____ (nombre del solicitante), la designación del sexo de _____ a _____ debe cambiarse en el acta de nacimiento del solicitante.

Firma del Médico _____

DATOS DEL MÉDICO

Número de Licencia _____ Estado que la emitió _____
Calle de la oficina _____
Ciudad, estado y código postal de la oficina _____
Número de teléfono y número de facsímil de la oficina _____

Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____, de 20_____.

Firma del Notario Público

Sello del Notario Público





DECLARACIÓN JURADA DEL MÉDICO QUE VERIFICA LA REASIGNACIÓN DEL SEXO

Estado de _____ :
Condado de _____ : SS

Yo, Doctor _____, (M.D./O.D. por sus siglas en inglés), habiendo prestado debidamente el juramento y reconociendo las penalidades criminales por presentar una declaración jurada falsa, declaro que tengo licencia en estado válido para practicar la medicina en el estado de _____ de los Estados Unidos y que personalmente examiné a _____ (nombre del solicitante). Debido a la examinación, verifico que la siguiente operación(es) realizada anteriormente, (liste el nombre de la operación(es)) _____ a _____ (nombre del solicitante), ha reasignado el sexo de _____ a _____ y que debido a esa operación(es), se justifica el cambio de sexo en el acta de nacimiento del solicitante.

Firma del Médico _____

DATOS DEL MÉDICO

Número de Licencia _____ Estado que la emitió _____
Calle de la oficina _____
Ciudad, estado y código postal de la oficina _____
Número de teléfono y número de facsímil de la oficina _____

Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____, de 20____.

Firma del Notario Público

Sello del Notario Público





DECLARACIÓN JURADA PARA UN ACTA DE NACIMIENTO NUEVA DESPUÉS DE REASIGNACIÓN DE SEXO

Estado de _____ :
Condado de _____ : SS

Yo, _____ habiendo prestado debidamente el juramento y reconociendo las penalidades criminales por presentar una declaración jurada falsa, declaro que la persona identificada más abajo se ha sometido a una operación(es) que reasignó su sexo. Por lo tanto, solicito que le preparen un acta de nacimiento nueva que refleje la diferente designación de sexo para la persona identificada a continuación, como consecuencia de la finalización de una operación(es) de reasignación de sexo.

INFORMACIÓN DEL ACTA DE NACIMIENTO

Nombre _____
(como aparece en el acta)

Fecha de nacimiento _____ Lugar de nacimiento _____
(mes, día y año) (ciudad y condado)

Nombre de la madre/progenitor _____
(debe incluir el nombre previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del padre/progenitor,
si aparece en el acta de nacimiento _____
(debe incluir el nombre previo al primer matrimonio/unión civil)

Solicito que se cambie mi nombre de acuerdo a la orden adjunta emitida por un tribunal para un cambio legal de nombre.

Firma _____
(del solicitante, padre/progenitor o tutor del solicitante si no tiene la edad legal)

DIRECCIÓN ACTUAL

Calle, piso y apartamento _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono _____

Suscrito y jurado ante mí este día _____ de _____ de 20 _____.

Firma del Notario Público

Sello del Notario Público

