



Illinois Adoption Registry and Medical Information Exchange (IARMIE) SOLICITUD DE PADRE/MADRE BIOLÓGICO/A PARA UNA COPIA NO-CERTIFICADA DE UN ACTA DE NACIMIENTO ORIGINAL

Yo, _____ (madre biológica) (padre biológico), por la presente solicito una copia no-certificada del acta de nacimiento original de mi hijo/a biológico/a como fue registrado al momento del nacimiento.

El niño/a nació en la ciudad de _____, condado de _____,
en el hospital _____ el _____, _____
y el nombre de nacimiento fue:
Fecha Año

Primer nombre _____ Segundo nombre _____

Apellido _____

Nombre de la madre biológica _____
(como aparecía en el acta de nacimiento original)

Nombre del padre biológico _____
(como aparecía en el acta de nacimiento original)

Fecha y lugar de nacimiento de la madre biológica _____

Fecha y lugar de nacimiento del padre biológico _____

Agencia de adopción que facilitó la adopción (nombre y dirección) _____

NOTA:

Usted debe enviar una copia de su cédula de identificación válida, con fotografía, expedida por una agencia gubernamental, junto al arancel de \$15 (cheque o giro postal a nombre de IDPH).

Firma

Fecha

Dirección postal _____ Ciudad _____

Estado _____ Código postal _____ Número de teléfono diurno _____

Envíe por correo a: Illinois Department of Public Health, Division of Vital Records - IARMIE, 925 E. Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737