



Departamento de Salud Pública de Illinois
División del Registro Civil

**CERTIFICACIÓN DE FAMILIA SUSTITUTA
DECLARACIÓN DEL MÉDICO**

Nombre de la Madre de gestación _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del esposo/pareja de unión civil de la Madre de gestación _____

Ninguno (marque) _____ o indique el Nombre _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre de la Madre/progenitor intencionado _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

Nombre del Padre/progenitor intencionado _____
(Primer nombre, segundo nombre, apellido previo al primer matrimonio/unión civil)

La presente declaración se completa y presenta para ser registrada antes del nacimiento de un niño que está siendo gestado por la madre de gestación, a fin de establecer una relación de progenitor e hijo de acuerdo a la Sección 12 de Vital Records Act (Ley del Registro Civil) (410 ILCS 535/12), la Sección 6 de Illinois Parentage Act of 1984 (Ley de la Paternidad de Illinois) (750 ILCS 45/6) y Gestational Surrogacy Act (Ley sobre Familias Sustitutas) (750 ILCS 47). Los nombres de la madre/progenitor intencionado y del padre/progenitor intencionado deben inscribirse en el acta de nacimiento del niño. Los nombres de la madre de gestación y del esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene) no deben inscribirse en el acta de nacimiento. Yo soy médico/a y tengo licencia para practicar la medicina en todas sus especialidades en el estado en el que el óvulo fertilizado fue inseminado o transferido a la madre de gestación. Certifico que el niño gestado por la madre de gestación es el hijo biológico de la madre/progenitor intencionado y/o del padre/progenitor intencionado. Certifico también que ni la madre de gestación ni el esposo/pareja de unión civil de la madre de gestación (si es que lo tiene) es uno de los progenitores biológicos del niño gestado por la madre de gestación.

Fecha _____,
(Indique el mes, el día y el año)

Firma del médico/a

Número de la licencia médica de Illinois

Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta

Dirección del consultorio

Número telefónico del consultorio

Dos testigos deben atestiguar la firma del médico que completa esta declaración sobre la relación entre los padres/progenitores intencionados y la madre sustituta, y deben hacer la siguiente declaración: **Yo soy un adulto competente y no soy ni la madre de gestación, ni el esposo/pareja de unión civil de la misma (si es que lo tiene), ni la madre/progenitor intencionado, ni el padre/progenitor intencionado.**

_____ Firma de testigo	_____ Firma de testigo
_____ Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta	_____ Nombre escrito a máquina o en letra de imprenta
Fecha _____ (Indique el mes, el día y el año)	Fecha _____ (Indique el mes, el día y el año)

Antes del nacimiento del niño, el presente formulario debe colocarse en el expediente médico de la madre de gestación y copias del mismo deben archivararse con el Departamento de Salud Pública de Illinois en 925 East Ridgely Ave., Springfield, IL 62702-2737.

No se cobra NINGÚN ARANCEL por presentar declaraciones de familias sustitutas.