



**DIVISIÓN DE SERVICIOS A MENORES Y LA FAMILIA  
REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN**

**Enviar a:** NEVADA DIVISION OF CHILD & FAMILY SERVICES  
ADOPTION REUNION REGISTRY  
4126 TECHNOLOGY WAY, 3RD FLOOR  
CARSON CITY, NEVADA 89706

**CONSENTIMIENTO DEL PADRE BIOLÓGICO PARA DIVULGAR LA INFORMACIÓN DEL REGISTRO DE ADOPCIÓN (Parte 2)\***

Por favor, escriba claramente en letra de imprenta

YO, \_\_\_\_\_, AUTORIZO A QUE SE DIVULGUE LA INFORMACIÓN RELATIVA A MI HIJO ADOPTADO.  
NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO QUE DA SU APROBACIÓN\*

\_\_\_\_\_ NACIDO EL DÍA \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL MENOR ANTES DE LA ADOPCIÓN FECHA DE NACIMIENTO  
GÉNERO  MASCULINO  FEMENINO

A \_\_\_\_\_, QUE ES MI \_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL FAMILIAR DESCRIBIR RELACIÓN

CERTIFICO QUE SOY EL \_\_\_\_\_ DEL MENOR ARRIBA MENCIONADO\*  
MADRE BIOLÓGICA O PADRE BIOLÓGICO DEL MENOR ADOPTADO  
**\*SI EL PADRE BIOLÓGICO HA FALLECIDO, SE PUEDE TENER EN CUENTA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

NOMBRE DEL PADRE BIOLÓGICO			
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	NOMBRE DE SOLTERA U OTRO NOMBRE UTILIZADO
FECHA DE NACIMIENTO	TELÉFONO	OTRO TELÉFONO	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO U OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTO			
DOMICILIO: CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DIRECCIÓN POSTAL (SI FUERA DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

ENTIENDO QUE NO SE PUEDE DIVULGAR NINGUNA INFORMACIÓN SOBRE EL ADOPTADO HASTA QUE EL ADOPTADO TENGA 18 AÑOS O MÁS.

ENTIENDO QUE NO SE PUEDE DIVULGAR NINGUNA INFORMACIÓN AL FAMILIAR A MENOS QUE TANTO EL FAMILIAR COMO EL ADOPTADO HAYAN COMPLETADO UNA SOLICITUD PARA EL REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN Y YO HAYA DADO MI CONSENTIMIENTO POR ESCRITO. \*SI EL PADRE BIOLÓGICO HA FALLECIDO, SE PUEDE TENER EN CUENTA EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN.

SI DESEO RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO, PUEDO HACERLO EN CUALQUIER MOMENTO Y DEBO NOTIFICAR AL REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN RETIRAR ESTE CONSENTIMIENTO.

ENTIENDO QUE TAMBIÉN PUEDO COMPLETAR UNA SOLICITUD COMO PADRE BIOLÓGICO PARA EL REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN.

Estado de \_\_\_\_\_ Condado de \_\_\_\_\_

Suscrito y juramentado ante mí, hoy día \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

por \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta del padre biológico Firma del padre biológico firmada en presencia de notario

\_\_\_\_\_  
Firma del notario público

(Sello del notario)

\*Si el padre biológico ha fallecido, se puede considerar con la presentación del certificado de defunción del padre biológico.