



**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

**SOLICITUD DE ADOPTADO  
(DEBE TENER 18 AÑOS O MÁS)**

**Por favor, escriba claramente en letra de imprenta**

<b>NOMBRE DEL ADOPTADO</b>			
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: CALLE (SI FUERA DIFERENTE)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
DESEO CONTACTAR A: <input type="checkbox"/> MADRE BIOLÓGICA <input type="checkbox"/> PADRE BIOLÓGICO <input type="checkbox"/> HERMANA <input type="checkbox"/> HERMANO <input type="checkbox"/> ABUELO <input type="checkbox"/> TÍA <input type="checkbox"/> TÍO U OTRO PARIENTE, A SABER:			
<b>INFORMACIÓN DE ADOPCIÓN</b>			
APELLIDO DEL PADRE ADOPTIVO N.º 1	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
APELLIDO DEL PADRE ADOPTIVO N.º 2	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
NOMBRE DE LA AGENCIA DE ADOPCIÓN QUE COORDINÓ LA ADOPCIÓN	CIUDAD	ESTADO	
<b>NOMBRE E INFORMACIÓN DE LOS PADRES ADOPTIVOS (SI ESTÁ DISPONIBLE)</b>			
APELLIDO DEL PADRE BIOLÓGICO N.º 1	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
APELLIDO DEL PADRE BIOLÓGICO N.º 2	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	GÉNERO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO
<p>ESTOY INTERESADO EN PONERME EN CONTACTO CON LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S) ARRIBA: MADRE BIOLÓGICA, PADRE BIOLÓGICO, HERMANO(S), PADRE(S) ADOPTIVO(S) Y/O OTROS FAMILIARES FAMILIARES, INCLUIDOS TÍOS/TÍAS, SOBRINOS/SOBRINAS, BISABUELOS Y BISNIETOS (COMO SE INDICA) Y ENTIENDO QUE EL CONTACTO NO PUEDE REALIZARSE A MENOS QUE LA(S) OTRA(S) PERSONA(S) TAMBIÉN HAYA(N) COMPLETADO UNA SOLICITUD. ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD SERÁ COMPARTIDA CON LA(S) PERSONA(S) INDICADA(S) ANTERIORMENTE.</p> <p>SI DESEO RETIRAR ESTA SOLICITUD EN ALGÚN MOMENTO, DEBO NOTIFICARLO POR ESCRITO AL REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN PRESENTANDO UN FORMULARIO DE CAMBIO.</p> <p>ES MI RESPONSABILIDAD MANTENER EL REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN ACTUALIZADO EN CUANTO A CUALQUIER CAMBIO: DIRECCIÓN, CAMBIO DE NOMBRE, NÚMERO DE TELÉFONO, ETC.</p> <p>CUANDO PROPORCIONE NUEVA INFORMACIÓN AL REGISTRO DE REENCUENTRO POR ADOPCIÓN, ELLOS ESTÁN AUTORIZADOS A ACTUALIZAR MI SOLICITUD SEGÚN SEA NECESARIO.</p>			
FIRMA DEL ADOPTADO FIRMADA EN PRESENCIA DE NOTARIO		FECHA	
Estado de _____			
Condado de _____			
Suscrito y juramentado ante mí, hoy día _____ del mes de _____ de 20_____			
por _____			
Nombre en imprenta del solicitante			
Firma del notario público			
(Sello del notario)			