

**REGISTRO DE RENCUENTRO POR ADOPCIÓN  
SOLICITUD DE CAMBIO DE DIRECCIÓN U OTROS CAMBIOS DE REGISTRO**

**Le solicitamos que mantenga todos sus datos actualizados para que podamos ponernos en contacto con usted cuando haya un candidato.**

Cuando esté completo, envíe este formulario a:

Division of Child and Family Services  
Adoption Reunion Registry  
4126 Technology Way, Third Floor  
Carson City, Nevada 89706

**ESCRIBA CON LETRA DE MOLDE**

*Please use this form for all changes!  
Thank you - Adoption Reunion Registry*

**POR FAVOR, COMPLETE:**

Nombre actual: \_\_\_\_\_

Nombre utilizado antes del registro (si fuera diferente) \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono(s) Fijo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Trabajo (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Soy:  Adoptado  Padre biológico  Familiar  
 Padre adoptivo u otro tutor legal de un menor adoptado

**IMPORTANTE:**

Nombre del adoptado (si corresponde) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento - Mes/Día/Año \_\_\_\_\_

Este formulario se presentó como: *(Marcar las opciones que correspondan)*

Cambio de nombre

Cambio de domicilio

Cambio de teléfono

Cambio de correo electrónico

Actualización de información médica o de salud

Otros \_\_\_\_\_

Solicitud para RETIRAR mi solicitud

*(Explique)*

Información médica o de otro tipo que deseo compartir: *(Por favor, adjunte una hoja adicional, si fuera necesario):* \_\_\_\_\_

**NO OLVIDE FIRMAR E INDICAR LA FECHA EN ESTE FORMULARIO**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha