



DIVISIÓN INFANTIL DEL DEPARTAMENTO DE
SERVICIOS SOCIALES DE MISURI
REGISTRO DE INFORMACIÓN DE ADOPCIÓN

Enviar un correo electrónico a:
CD.MOAdoptionInfoRegistry@dss.mo.gov

O REGRESAR A:
MISSOURI CHILDREN'S DIVISION ADOPTION
INFORMATION REGISTRY (REGISTRO DE
INFORMACIÓN DE ADOPCIÓN DE LA
DIVISIÓN INFANTIL DE MISURI)
P.O. BOX 88
JEFFERSON CITY, MISURI 65103

DEBE SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE BIOLÓGICO QUE DESEE TENER CONTACTO CON EL HIJO ADOPTADO

REGISTRO DE PADRES BIOLÓGICOS

SECCIÓN A – SOLICITUD

DE CONFORMIDAD CON LA AUTORIDAD CONCEDIDA EN 453.121 RSMo I, SOLICITO EL REGISTRO DE MI DESEO DE UN FUTURO CONTACTO CON MI HIJO QUE FUE ADOPTADO. ENTIENDO QUE PUEDO CAMBIAR ESTA INFORMACIÓN MÁS ADELANTE SI CAMBIAN MI UBICACIÓN O CIRCUNSTANCIAS.

RELLENE EL FORMULARIO COMPLETO CON TODA LA INFORMACIÓN QUE CONOZCA.

COMPRUEBE Y PROPORCIONE UNA COPIA DE UNO DE LOS SIGUIENTES ELEMENTOS PARA CONFIRMAR SU IDENTIDAD:

CERTIFICADO DE NACIMIENTO LICENCIA DE CONDUCIR O IDENTIFICACIÓN CON FOTO

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RAZA <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico
DIRECCIÓN ACTUAL (calle/ciudad/estado/código postal)		NÚMERO DE TELÉFONO
		CORREO ELECTRÓNICO

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE EN EL MOMENTO DEL NACIMIENTO DEL HIJO

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	RAZA <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico
NOMBRE COMPLETO ACTUAL DE LA MADRE		
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
OTROS APELLIDOS USADOS		
DIRECCIÓN ACTUAL (calle/ciudad/estado/código postal)		NÚMERO DE TELÉFONO
		CORREO ELECTRÓNICO

SECCIÓN B – COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN CONOCIDA SOBRE EL NIÑO ADOPTADO PARA EL QUE SE SOLICITA CONTACTO

NOMBRE DE NACIMIENTO COMPLETO

APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	RAZA <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NOMBRE ADOPTADO COMPLETO				
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE		
FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO	CIUDAD	ESTADO	CONDADO
AGENCIA/PERSONA QUE REALIZÓ LA COLOCACIÓN		CONDADO DONDE FINALIZÓ LA ADOPCIÓN		FECHA DE ADOPCIÓN
DIRECCIÓN				
CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	

INFORMACIÓN DE LOS PADRES ADOPTIVOS SI SE CONOCE		
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO N.º 1		
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
NOMBRE COMPLETO DEL PADRE/MADRE ADOPTIVO N.º 2		
APELLIDO	NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
SECCIÓN C – CERTIFICACIÓN		
CERTIFICO SOLEMNEMENTE QUE TODA LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTE REGISTRO ES VERDADERA Y PRECISA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.	FIRMA DEL REGISTRANTE	FECHA
SECCIÓN D – A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA DIVISIÓN INFANTIL		
SOLICITUD DE REGISTRO PRESENTADA POR:	PADRE/MADRE BIOLÓGICO	FECHA
POSIBLE COINCIDENCIA LOCALIZADA		FECHA
NOTIFICACIÓN ENVIADA A LA OFICINA LOCAL PARA CONFIRMAR LA IDENTIDAD O NOTIFICACIÓN DE OTRA PARTE PARA QUE COINCIDA SI SE CONFIRMA LA IDENTIDAD		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO FECHA		
SECCIÓN E – A SER COMPLETADA POR EL PERSONAL DE LA OFICINA LOCAL/AGENCIA PRIVADA		
DETERMINAR LA SITUACIÓN DEL PADRE/MADRE BIOLÓGICO NO INSCRITO EN EL REGISTRO DE ADOPCIÓN		
<input type="checkbox"/> FALLECIDO	<input type="checkbox"/> NO PUEDE LOCALIZARSE	<input type="checkbox"/> SE NEGÓ A REGISTRARSE
<input type="checkbox"/> DESCONOCIDO	<input type="checkbox"/> HA COMPLETADO EL FORMULARIO DE REGISTRO DE ADOPCIÓN (ADJUNTO)	<input type="checkbox"/> HA PRESENTADO UNA DECLARACIÓN JURADA CON FECHA CONFIRMADA POR EL TRIBUNAL
TRABAJADOR	FECHA	DIRECCIÓN
AGENCIA PRIVADA/DEL CONDADO		