

**CHILDREN'S HOME SOCIETY OF CALIFORNIA**  
**PROGRAMA POSTERIOR A LA ADOPCIÓN**  
1300 West Fourth Street, Los Angeles, CA 90017  
(800) 564-9095

**FORMULARIO DE SOLICITUD DE SERVICIO**

**Nombre legal actual:** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Dirección (ciudad, estado y código postal):** \_\_\_\_\_

**Usted es el:** ( ) **Adulto adoptado** ( ) **Padre biológico** ( ) **Padre adoptivo** ( ) **Otro (especifique):** \_\_\_\_\_

**La solicitud es para:**

- ( ) Informe de antecedentes sin datos de identidad (incluidos los médicos) (Adjunte una tarifa de \$100.00)
- ( ) Solo informe médico sin datos de identidad (gratuito)
- ( ) *Formulario de consentimiento para acordar el contacto*
- ( ) Formulario de declaración de la *Ley de información sobre adopciones* (para adopciones en las que los derechos legales de los padres biológicos terminaron voluntaria o involuntariamente a partir del 1 de enero de 1984).
- ( ) *Formulario de renuncia de derechos a la confidencialidad para hermanos*
- ( ) *Formulario de renuncia de derecho a la confidencialidad para hermanos, menores de 18 años*
- ( ) *Formulario de autorización de entrega de objetos personales*
- ( ) *Formulario de solicitud de objetos personales*
- ( ) Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**Si usted es adoptado, padre adoptivo o familiar de un adoptado (es decir, hijo/nieto), complete esta sección lo mejor que pueda:**

Nombre completo del adoptado: \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de nacimiento del adoptado: \_\_\_\_\_

Nombres y apellidos de los padres adoptivos: \_\_\_\_\_

Año en que finalizó la adopción en el tribunal: \_\_\_\_\_

Ciudad o condado donde finalizó la adopción: \_\_\_\_\_

**Si es padre biológico, hermano o familiar de un padre biológico, complete esta sección lo mejor que pueda:**

Nombre de los padres biológicos y del niño al momento de la renuncia y fechas de nacimiento:

Madre biológica: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Padre biológico: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Oficina de CHS donde se firmó la renuncia: \_\_\_\_\_

Ciudad y condado donde se firmó la renuncia: \_\_\_\_\_

Fecha en que se renunció el derecho al niño: \_\_\_\_\_

**Firma (obligatoria):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_