

# REGISTRO DE PADRES PUTATIVOS DE LA FLORIDA

## ACTUALIZACIÓN A LA RECLAMACIÓN DE PATERNIDAD

**LEA EL FORMULARIO ANTES DE COMPLETARLO – ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CLARAMENTE**

ESTE FORMULARIO PUEDE UTILIZARSE PARA ACTUALIZAR LA INFORMACIÓN DEL INSCRITO o AGENTE/REPRESENTANTE O PARA PRESENTAR UNA REVOCACIÓN. IDENTIFIQUE EL PROPÓSITO DE LA ACTUALIZACIÓN MARCANDO LA CASILLA CORRESPONDIENTE. LAS PARTES 1 Y 3 DE ESTE FORMULARIO DEBEN COMPLETARSE SIN IMPORTAR CUAL SEA EL PROPÓSITO DE LA SOLICITUD. ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA PODER LOCALIZAR EL REGISTRO INICIAL

Cambio a la información de padre putativo (Inscrito)    
  Cambio a la información del agente/representante    
  Revocación

**Parte 1: INFORMACIÓN DEL PADRE PUTATIVO (INSCRITO)**

NOMBRE COMPLETO DEL INSCRITO:	PRIMERO	SEGUNDO	APELLIDO (INCLUYA CUALQUIER SUFIJO)	FECHA DE NACIMIENTO
INFORMACIÓN DE LA DIRECCIÓN QUE FIGURA ACTUALMENTE EN EL REGISTRO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Y APARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFORMACIÓN DE LA <u>NUEVA</u> DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Y APARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

DESCRIPCIÓN FÍSICA DEL PADRE \_\_\_\_\_

**Parte 2: DESIGNACIÓN DE AGENTE/REPRESENTANTE** Para recibir una notificación de adopción en trámite, DEBE proporcionar información de su dirección. Esta dirección no puede ser una casilla de correos. Si lo desea, puede designar a otra persona como agente o representante para que reciba notificación de cualquier procedimiento legal de cancelación de derechos de paternidad y/o adopción que se presente relacionado con la madre y el niño nombrados en este formulario. Dicho agente o representante DE BE firmar la aceptación de designación que se encuentra más abajo para recibir notificación de procesos legales.

INFORMACIÓN DEL AGENTE QUE FIGURA ACTUALMENTE EN EL REGISTRO:	PRIMERO	SEGUNDO	APELLIDO (INCLUYA CUALQUIER SUFIJO)	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE COMPLETO DEL AGENTE <u>NUEVO</u> :				
DIRECCIÓN QUE FIGURA ACTUALMENTE EN EL REGISTRO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Y APARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFORMACIÓN DE LA <u>NUEVA</u> DIRECCIÓN:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Y APARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
<b>FIRMA DEL AGENTE O REPRESENTANTE</b>				

**Parte 3: Información de la madre / niño**

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE:	PRIMERO	SEGUNDO	APELLIDO DE SOLTERA o LEGAL, SI SE CONOCE	FECHA DE NACIMIENTO
DIRECCIÓN QUE FIGURA ACTUALMENTE EN EL REGISTRO:	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Y DEPARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
INFORMACIÓN DE LA <u>DIRECCIÓN NUEVA</u> :	DIRECCIÓN DE RESIDENCIA (Y DEPARTAMENTO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO:	PRIMERO	SEGUNDO	APELLIDO (INCLUYA SUFIJO)	SEXO
FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO	CIUDAD DE NACIMIENTO DEL NIÑO	CONDADO DE NACIMIENTO DEL NIÑO	ESTADO DE NACIMIENTO DEL NIÑO	

DESCRIPCIÓN FÍSICA DE LA MADRE \_\_\_\_\_

**Parte 4: INFORMACIÓN DE LA CONCEPCIÓN**

FECHA DE CONCEPCIÓN (MES, DÍA, AÑO)	LUGAR DE CONCEPCIÓN (DEBE INCLUIR LA CIUDAD Y EL ESTADO, ENTRE OTROS DATOS)
-------------------------------------	---

**Parte 5: Proporcionar información falsa para fines fraudulentos es un delito grave punible por los términos y condiciones establecidos en los Estatutos de la Florida**

FIRMA DEL SOLICITANTE <input type="checkbox"/> Inscrito <input type="checkbox"/> Agente/Representante	FIRMADO EL
---	------------

**Parte 6**

**REVOCACIÓN DE LA RECLAMACIÓN DE PATERNIDAD DEL PADRE**

Esta declaración jurada se presenta a fin de revocar la reclamación de paternidad anteriormente presentada por mí. Por la presente declaro, según mi leal saber y entender, que el nacimiento mencionado más arriba no se produjo. Entiendo que una vez recibida esta revocación, la reclamación de paternidad presentada anteriormente por mí y archivada en la Oficina de Registros Demográficos del Estado, Departamento de Salud de la Florida, quedará sin efecto ni valor.

De mi conocimiento     o      Documento de Identidad presentado

\_\_\_\_\_  
Tipo de identificación presentada

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL INSCRITO EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL INSCRITO

(Coloque el sello del notario aquí)

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

Firmado y jurado en mi presencia el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL NOTARIO EN LETRA DE IMPRENTA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL NOTARIO

Enviar por correo a Vital Statistics, P. O. Box 210, Jacksonville, Florida 32231-0042

[http://www.doh.state.fl.us/planning\\_eval/vital\\_statistics/Putative.htm](http://www.doh.state.fl.us/planning_eval/vital_statistics/Putative.htm)