

Estado de Illinois  
Departamento de Servicios para Niños y Familias

**CONSENTIMIENTO FINAL E IRREVOCABLE A LA ADOPCIÓN POR UNA  
O MÁS PERSONAS ESPECIFICADA(S): CASO DEL DCFS**

Yo, \_\_\_\_\_, la madre/el padre de \_\_\_\_\_  
(Marque en un círculo)

un(a) menor del sexo masculino/femenino, declaro que:  
(Marque en un círculo)

1) Mi hijo(a), \_\_\_\_\_ nació el \_\_\_\_\_ en el  
Hospital \_\_\_\_\_ en la Ciudad/Pueblo de \_\_\_\_\_ en el  
Condado de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_.

2) Vivo en \_\_\_\_\_, Condado de  
\_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_.

También se me puede enviar correspondencia a esta dirección: \_\_\_\_\_,  
a nombre de \_\_\_\_\_.

El número de teléfono de mi casa es \_\_\_\_\_.

Mi número de teléfono celular es \_\_\_\_\_.

Mi dirección de correo electrónico es \_\_\_\_\_.

3) Yo, \_\_\_\_\_, tengo \_\_\_\_\_ años de edad.

4) Efectúo mi comparecencia en esta acción para que mi hijo(s) sea adoptado(a) por la persona o las personas por mí especificada(s) en el presente y renuncio a ser notificado(a) a través del oficial competente en esta acción solamente.

5) Por el presente, reconozco que se me ha entregado una copia de los *Derechos y responsabilidades para padres biológicos en Illinois para consentimientos finales e irrevocables para la adopción por una o más personas especificada(s) para casos del DCFS* antes de firmar este Consentimiento y que he tenido tiempo de leer este formulario o que se me lo leyera y que comprendo los derechos y responsabilidades descritos en este formulario. Comprendo que, si no recibo ninguno de mis derechos descritos en este formulario, esto no constituirá una base para revocar este Consentimiento final e irrevocable para la adopción por una o más personas especificada(s).

6) Por el presente, consiento a la adopción de dicho(a) menor por \_\_\_\_\_  
(nombres de los padres de crianza temporal actuales o cuidadores, a continuación, denominados "la persona o personas especificadas") únicamente.

7) Deseo firmar este consentimiento y comprendo que, al firmar este consentimiento renuncio irrevocable y permanentemente a todos mis derechos de paternidad respecto de mi hijo(a).

8) Comprendo que este consentimiento permite que mi hijo(a) sea adoptado(a) por la persona o personas especificadas únicamente y que no puedo, bajo ninguna circunstancia, cambiar de parecer o revocar o cancelar este consentimiento después de haberlo firmado.

Si el padre/la madre consiente a una adopción por dos personas especificadas, complete lo siguiente:

8a. Comprendo que no puedo cambiar de parecer y revocar este consentimiento u obtener o recuperar la custodia de mi hijo(a) si las personas especificadas se divorcian o les es otorgada la disolución de una unión civil, o una de las personas especificadas fallece.

8b. Entiendo que si las personas especificadas se divorcian o se les concede la disolución de una unión civil antes de que se otorgue la solicitud para adoptar a mi hijo(a), este consentimiento seguirá siendo válido solo para \_\_\_\_\_ (nombre solo una persona especificada) para adoptar a mi hijo.

8c. Entiendo que si cualquiera de las personas especificadas muere antes de que se otorgue la solicitud para adoptar a mi hijo, este consentimiento seguirá siendo válido para que la persona sobreviviente pueda adoptar a mi hijo.

- 9) Comprendo que este consentimiento será nulo si:
- (a) el Departamento coloca a mi hijo(a) con otra persona que no sea la persona o las personas especificada(s); o
  - (b) un tribunal rechaza la petición de adopción para que la persona o las personas especificada(s) adopte(n) a mi hijo(a); o
  - (c) el Administrador de Tutela del DCFS se niega a consentir a la adopción de mi hijo(a) por la persona o las personas especificada(s) debido a que la adopción no es en el mejor interés de mi hijo(a).

Comprendo que si este consentimiento es nulo, tengo derechos de paternidad respecto de mi hijo(a), sujetos a cualquier orden judicial aplicable, incluidas las emitidas bajo el Artículo II o la Ley del Tribunal Juvenil de 1987, salvo y hasta que yo firme un nuevo consentimiento o renuncia o mis derechos de paternidad sean involuntariamente finalizados. Comprendo que, si este consentimiento es nulo, mi hijo(a) puede ser adoptado por otra persona que no sea(n) la(s) persona(s) especificada(s), solo si firmo un nuevo consentimiento o renuncia, o mis derechos de paternidad son involuntariamente finalizados. Comprendo que si este consentimiento es nulo, el Departamento me notificará en un plazo de 30 días utilizando las direcciones y números de teléfono que suministré en el párrafo 2 de este formulario. Comprendo que, si recibo tal aviso, es muy importante que me comunique de inmediato con el Departamento, con preferencia en un plazo de 30 días, para poder opinar respecto del plan para el futuro de mi hijo(a).

- 10) Comprendo que, si otra(s) persona(s) que no sea(n) la persona o personas especificadas presenta(n) una petición para adoptar a mi hijo(a), el Departamento me lo notificará en los 14 días posteriores a haberse enterado de la petición. El hecho de que alguien que no sea la persona o personas especificadas presente una solicitud para adoptar a mi hijo no anula este consentimiento
- 11) Si una(s) persona(s) que no sea(n) la(s) persona(s) especificada(s) presenta(n) una petición para adoptar a mi hijo(a) o si el consentimiento es nulo bajo el párrafo 9, el Departamento me enviará un aviso escrito utilizando la dirección postal y la dirección de correo electrónica suministradas por mí en el párrafo 2 de este formulario. El Departamento también se comunicará conmigo utilizando los números de teléfono que suministré en el párrafo 2 de este formulario. Es muy importante que yo le avise al Departamento si se produce algún cambio en mi información de contacto. Si no le aviso al Departamento si se produce algún cambio en mi información de contacto, comprendo que puedo no recibir la notificación del Departamento si este consentimiento es nulo o si alguna(s) persona(s) que no sea(n) la(s) persona(s) especificada(s) presenta(n) una petición para adoptar a mi hijo(a). Si se produce algún cambio en mi información de contacto, debo notificar de inmediato a:

Nombre y número de teléfono del trabajador de casos:

---

Nombre, dirección, código postal y número de teléfono de la agencia:

---

Nombre y número de teléfono del supervisor:

---

Oficina de Defensoría para Niños y Familias del DCFS: 1-800-232-3798.

- 12) Reconozco expresamente que el párrafo 9 (y los párrafos 8a y 8b, si corresponde) no perjudica la validez y finalidad de este consentimiento bajo ninguna circunstancia.
- 13) He leído y comprendo lo mencionado anteriormente y lo firmo como acto libre y voluntario.

Fecha el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

---

Firma del padre/de la madre

