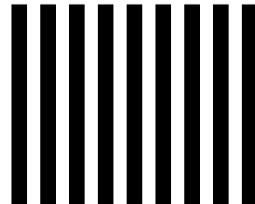


Doble aquí

NO POSTAGE  
NECESSARY  
IF MAILED  
IN THE  
UNITED STATES



**BUSINESS REPLY MAIL**  
FIRST-CLASS MAIL PERMIT NO. 1897 SPRINGFIELD IL

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

STATE OF IL DEPT OF CHILDREN & FAMILY SERVICES  
410 S 11TH ST  
SPRINGFIELD IL 62703-9903



## Recursos adicionales

### Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois

[www2.illinois.gov/DCFS](http://www2.illinois.gov/DCFS)

Oficina de Defensa para Niños y Servicios para Familias: 800-232-3798 (lunes a viernes 8:30 a.m. - 5 p.m.)

Línea de ayuda: 800-252-2873 (las 24 horas)

### Save Abandoned Babies Foundation

[www.saveabandonedbabies.org](http://www.saveabandonedbabies.org)  
312-440-0229

### Departamento de Servicios Humanos de Illinois

[www.dhs.state.il.us](http://www.dhs.state.il.us)

Línea de ayuda: 800-843-6154 (TTY 800-447-6404)

### Midwest Adoption Center

[www.macadopt.org](http://www.macadopt.org)  
847-298-9096

### Registro de Adopciones de Illinois y Programa de Intercambio Información Médica (IARMIE)

[www.idph.state.il.us/vitalrecords/index.htm](http://www.idph.state.il.us/vitalrecords/index.htm)  
877-323-5299 (sin costo) o 217-557-5159

El programa IARMIE permite que los padres biológicos divulguen o prohíban la divulgación de sus datos de identificación. La información confidencial puede divulgarse a las personas registradas únicamente luego de que por lo menos dos partes participantes en la adopción hayan llenado formularios de consentimiento explícito para el intercambio de dichos datos. Para registrarte en IARMIE debes proporcionar su nombre y una fotocopia de una identificación emitida por el estado; sin embargo, esta información será mantenida como confidencial si así lo deseas. El Departamento de Salud Pública también ofrece los formularios para registrarse con IARMIE.

A través del Programa de Intercambio Información Médica se pueden intercambiar datos de salud vitales, únicamente si usted y su hijo adoptivo adulto (o padres adoptivos de su hijo, si el niño es menor de 21) se registran voluntariamente y están de acuerdo en hacerlo.

Impreso bajo la Autoridad del Estado de Illinois  
DCFS #342 • Noviembre 2019 • 600 copias  
CFS 1050-74-1-S • rev. 11/2019

# la ayuda esta aquí



y "aquí" es cualquier lugar donde vea este letrero.

Es posible que tenga temor y se sienta sola, sin embargo, hay opciones disponibles.

¡Ha llegado al lugar donde puede recibir ayuda!

En este folleto se detallan sus derechos y lo que pasará después.

Illinois Department of  
**DCFS**  
Children & Family Services



**M**uchas gracias por haber traído a su bebé a un refugio seguro (Safe Haven). Acaba de tomar una decisión muy difícil, que al mismo tiempo es la más responsable. Su bebé será adoptado por una familia que está esperando tener la oportunidad de amarlo y cuidarlo. Le pedimos que nos proporcione algunos antecedentes en este momento. Con esto ayudará a que su bebé tenga un futuro saludable, y puede hacerlo en forma anónima. No se preocupe si no sabe todas las respuestas, sin embargo, cualquier dato que pueda aportar será de gran ayuda tanto para su bebé como para su familia adoptiva.

La ley de Illinois (325 ILCS 2/1-70) indica que:

- Puede entregar a su hijo recién nacido sano y salvo, que tenga hasta 30 días de nacido, y
- Puede hacerlo sin necesidad de contestar preguntas de cualquier tipo, y
- Conservar su anonimato y protegerse en contra de un posible proceso judicial.
- Puede entregar a su hijo en cualquier hospital, estación de policía o bomberos u oficina del alguacil con personal, y
- Si deja a su bebé con una persona en los sitios ya mencionados se le llevará a un hospital cercano y será examinado por un médico.
- Si deja a su bebé con una persona en un refugio seguro se asumirá (desde el punto de vista legal) que usted es la madre biológica del niño, que estás renunciando a la patria potestad y entregando al bebé para que sea adoptado.

Se hará una verificación para asegurar que el niño no haya sido reportado como extraviado. El Departamento de Servicios para Niños y Familias de Illinois (DCFS) se pondrá en contacto con una agencia de adopción del estado, que colocará al bebé con una familia adoptiva. La agencia de adopción irá a la corte para que se le nombre como tutor legal del bebé hasta que se concrete la adopción. Los derechos legales de los padres biológicos del niño serán revocados durante los procedimientos para la adopción.

Si deja a su bebé en una estación de policía o bomberos, o en la oficina del alguacil, y regresa en las siguientes 72 horas, dicha instalación tiene la obligación de informarte el nombre y ubicación del hospital al que se llevó a su bebé. Si cambia de opinión luego de dejar a su bebé en un refugio seguro (Safe Haven) llame al DCFS al 800-252-2873.

- Al llamar al DCFS debe solicitar el nombre de la agencia de adopción con la que se colocó a su bebé, y averiguar dónde se están llevando a cabo los procedimientos para la adopción.
- Si quiere a su hijo de vuelta debe solicitarle a la corte que le devuelva la custodia. Esto tiene que hacerse antes de que la corte revoque la patria potestad.
- Tiene un periodo de tiempo limitado antes de que se cancele la patria potestad. La corte puede cancelar la patria potestad 60 días después de haber entregado a su bebé.
- Si hace la petición ante la corte para recuperar a su hijo antes de que se le retire la patria potestad, la corte podría poner en suspenso la adopción hasta por 60 días más y requerir:
  - o pruebas genéticas para verificar que el bebé sea hijo suyo, y
  - o que el DCFS lleve a cabo una investigación y estudio del hogar, con recomendaciones para la corte
- Si no intenta recuperar a su hijo antes de que se le revoque la patria potestad se le prohibirá que haga cualquier intento en ese sentido en el futuro, incluyendo el tratar de que se restauren sus derechos como madre.

Conteste estas preguntas y devuelva este formulario por correo a: DCFS State Central Register, 406 East Monroe Street, Station 30, Springfield, IL 62701. No es necesario proporcionar su nombre, a menos que decida hacerlo. Puede contestar algunas preguntas, y dejar otras en blanco. Cualquier información que proporcione será de gran ayuda. Si proporciona datos que le identifiquen, éstos se mantendrán confidenciales. Este es un proceso anónimo, seguro y legal. Es posible que en el futuro usted y su hijo (o sus padres adoptivos, si tiene menos de 21 años) quieran intercambiar información en forma anónima, o estar en contacto. Si proporciona información que le identifique por este medio no se le proporcionará a nadie más sin contar con su autorización.

Fecha en que llevó al bebé a un refugio seguro: \_\_\_\_\_

Ubicación del refugio seguro: \_\_\_\_\_

Edad de la madre: \_\_\_\_\_ Edad del padre: \_\_\_\_\_

Raza y origen étnico de la madre: \_\_\_\_\_

Raza y origen étnico del padre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_

¿El bebé fue prematuro?  Sí  No

Describa cualquier problema que haya tenido usted en el embarazo y el parto \_\_\_\_\_

¿Dónde nació el bebé (ciudad/estado)? \_\_\_\_\_

**¿Consumó/usó cualquiera de estas sustancias durante el embarazo?**

Cigarillos: ¿Cuántos y en qué momento durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Alcohol: ¿Qué cantidad y en qué momento durante el embarazo? \_\_\_\_\_

Drogas/Medicamentos: ¿Cuáles y en qué momento durante el embarazo? \_\_\_\_\_

¿Recibió cualquier cuidado prenatal? De ser así, explica: \_\_\_\_\_

¿Tiene más hijos?  Sí  No  
De ser así, ¿cuántos años tienen? \_\_\_\_\_

**Parientes sanguíneos:** Se refiere a la madre, padre, hermana, hermano, abuelos, tías, tíos, sobrinas, sobrinos o primos del bebé. Indique marcando con un círculo si alguno de los parientes sanguíneos del bebé tiene cualquiera de las siguientes condiciones médicas:

Alergias    Enfermedades Mentales    Asma  
Cáncer    Distrofia Muscular    Convulsiones  
Diabetes    Enfermedades del Corazón    Depresión  
Síndrome de Down    Presión Alta    Otras: \_\_\_\_\_

Si le gustaría escribirle una carta a su hijo y/o a su familia adoptiva puede usar el espacio que aparece a continuación o una página separada. **Puede hacerlo incluso si no quiere proporcionar información que le identifique.** \_\_\_\_\_

**Datos de contacto opcionales:**

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento de la madre: \_\_\_\_\_

Nombre del padre: \_\_\_\_\_

Domicilio postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Dirección de e-mail: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Número de seguro social: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del padre: \_\_\_\_\_

