



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS PARA PERSONAS
DE LA TERCERA EDAD DE MISSOURI
OFICINA DE ESTADÍSTICAS VITALES
**REVOCACIÓN DE LA DECLARACIÓN JURADA
PARA RECONOCER LA PATERNIDAD**

**SÓLO EJEMPLO – NO ENVIAR
(EXAMPLE ONLY – DO NOT SUBMIT)**

DHSS - OFICINA DE ESTADÍSTICAS VITALES
930 WILDWOOD DR.
JEFFERSON CITY, MO 65109

INSTRUCCIONES: ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE TODO EXCEPTO SU FIRMA. COMPLETE SOLO CON TINTA NEGRA. No se aceptarán las declaraciones juradas que tengan borraduras, marcas de corrector, texto sobrescrito y/o copias enviadas por fax o fotocopias.

Este formulario se utiliza para revocar (anular) la determinación legal de la paternidad a consecuencia de haber completado anteriormente una *Declaración jurada para reconocer la paternidad*. Debe completarse y presentarse ante el Departamento de Salud y Servicios para Personas de la Tercera Edad de Missouri, Oficina de Estadísticas Vitales, en la dirección indicada arriba dentro del plazo siguiente que sea más breve:

- 60 días desde la fecha de la última firma de la *Declaración jurada para reconocer la paternidad*; o
- la fecha de un procedimiento para determinar la manutención infantil para el/la niño/a que figura en la *Declaración jurada para reconocer la paternidad*.

Este formulario puede ser completado por cualquiera de las dos personas (madre o padre) en presencia de un notario o de dos (2) testigos. Puede ser testigo cualquier adulto, con la excepción del padre o la madre del niño/a que figura en la *Declaración jurada para reconocer la paternidad*.

Una vez completado correctamente este formulario y presentado ante la Oficina de Estadísticas Vitales, el hombre que figura en la *Declaración jurada para reconocer la paternidad* ya no será el padre legítimo; sin embargo, su nombre permanecerá en el certificado de nacimiento del niño/a, a menos que un tribunal ordene a la Oficina de Estadísticas Vitales que se elimine su nombre.

Para obtener más información, visite www.health.mo.gov/vitalrecords

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

NOMBRE DEL NIÑO/A (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)
--	----------------------------------

LUGAR DE NACIMIENTO (CIUDAD, CONDADO, ESTADO)	NOMBRE DEL HOSPITAL
---	---------------------

INFORMACIÓN DE LOS PADRES TAL COMO APARECE EN LA DECLARACIÓN JURADA PARA RECONOCER LA PATERNIDAD

NOMBRE DE LA MADRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	NOMBRE DEL PADRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)
---	---

INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE REVOCA LA DECLARACIÓN (LA MADRE O EL PADRE)

NOMBRE (PRIMERO, SEGUNDO, APELLIDO)	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AAAA)	NÚMERO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN ACTUAL	NÚMERO DE TELÉFONO (INCLUYA EL CÓDIGO DE ÁREA)	

ENTIENDO QUE, AL COMPLETAR ESTE FORMULARIO Y PRESENTARLO ANTE LA OFICINA DE ESTADÍSTICAS VITALES, ESTOY REVOCANDO LA DETERMINACIÓN LEGAL DE LA PATERNIDAD PARA EL/LA NIÑO/A MENCIONADO/A ANTERIORMENTE, A CONSECUENCIA DE HABER COMPLETADO ANTERIORMENTE UNA DECLARACIÓN JURADA PARA RECONOCER LA PATERNIDAD. ENTIENDO QUE ES NECESARIA UNA ORDEN JUDICIAL O UNA RESOLUCIÓN DE LA DIVISIÓN DE APOYO FAMILIAR PARA ELIMINAR EL NOMBRE DEL PADRE QUE HIZO EL RECONOCIMIENTO DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A.

DEBE FIRMARSE EN PRESENCIA DE UN NOTARIO O DE DOS TESTIGOS	FIRMA DE LA PARTE QUE RESCINDE (NOMBRE LEGAL ACTUAL)	FECHA DE LA FIRMA
--	--	-------------------

SELLO ESTAMPADO EN RELIEVE O SELLO DE GOMA EN TINTA NEGRA DEL NOTARIO PÚBLICO	ESTADO	CONDADO (O CIUDAD DE ST. LOUIS)		
	SUSCRITO, DECLARADO Y AFIRMADO ANTE MÍ ESTE DÍA DEL AÑO		UTILICE EL SELLO DE HULE EN LA ZONA CLARA DE ABAJO.	
	FIRMA DEL NOTARIO	MI COMISIÓN VENCE		
	NOMBRE DEL NOTARIO (A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)			

FIRMA DEL TESTIGO NÚMERO UNO	NOMBRE DEL TESTIGO (A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)	FECHA DEL TESTIMONIO	DIRECCIÓN DEL TESTIGO
FIRMA DEL TESTIGO NÚMERO DOS	NOMBRE DEL TESTIGO (A MÁQUINA O EN LETRA DE MOLDE)	FECHA DEL TESTIMONIO	DIRECCIÓN DEL TESTIGO