



VALPARAÍSO, 9 de abril de 2019

OFICIO N°27

La **COMISIÓN ESPECIAL INVESTIGADORA DE LOS ACTOS DE ORGANISMOS DEL ESTADO, EN RELACIÓN CON EVENTUALES IRREGULARIDADES EN PROCESOS DE ADOPCIÓN E INSCRIPCIÓN DE MENORES, Y CONTROL DE SU SALIDA DEL PAÍS (CEI-18)**, en sesión realizada el día de ayer, acordó dirigir oficio a US., con el propósito que se sirva informar sobre todo lo concerniente con personas nacidas en Chile que hayan sido adoptadas en el extranjero, en especial, en países como Bélgica, Suecia, Holanda, Italia, adjuntando cualquier antecedente de interés, como registro de salida del país, eventuales autorizaciones paternas y/o judiciales u otros.

Se adjunta copia de inscripción de nacimiento de Mans Wikström Björklund y comprobante de parto de la persona antes individualizada, documento este último que se habría podido obtener en el Centro Sueco de Adopción.

Lo que tengo a honra poner en conocimiento de US., por orden del señor Presidente de la Comisión, **H. DIPUTADO BORIS BARRERA MORENO**.

Dios guarde a US.,

ROBERTO FUENTES INNOCENTI
Secretario de la Comisión

AL SEÑOR MINISTRO DE RELACIONES EXTERIORES, DON ROBERTO AMPUERO ESPINOZA.

COMPROBANTE DE PARTO

Nº

N 1

FOLIAS

EL MEDICO DON

LA MADRE DONA

En mi E. Hemisferio Sur.

QUE SUSCRIBE

CERTIFICA QUE HA ATENDIDO DE PARTO A DONA

Emelinda del Carmen Guerrero Gervay

IDENTIDAD DE LA MADRE

a) Cédula Nº
b) Conocida del facultativo

Gabinete

c) Declaración de testigos
d) Impresión dígito pulgar derecho
(Tórnense los medios no utilizados)

Nombre y Apellidos

Cédula Nº

Gabinete

TESTIGOS

Nombre y Apellidos

Cédula Nº

Gabinete

DATOS DEL PARTO

SEXO *Femenino*

Fecha de nacimiento

Hora

SIMPLE - DOBLE - TRIPLE - CUADRUPLE
(Tórnense los medios no utilizados)

VIDA INTRAUTERINA

9^o MESES O SEMANAS

Wosp. Rancagua

16 - mayo - 1976

511

LOCAL *Rancagua* CASAS HABITACION - CITE - CONVERTILO - MATERNIDAD - HOSPITAL
ASISTENCIA PUBLICA - OTROS

FECHA DEL CERTIFICADO

Lugar *Rancagua*

Día *15*

Mes *Mayo*

Año *1976*

Formulario gratuito y exento de Impuesto

Firma del Médico *[Firma]* también en Sello

Impresión dígito pulgar derecho de la madre, si no hubo prueba de identidad