utah county health department
"creating healthy communities"

UTAH DEPARTMENT OF HEALTH
Peticion Para Una Copia Certificada del Nacdio Muerto

Horario: Lunes a Viernes De 8 a 4:30 801-851-7005

ADVERTENCIA : Es una violación criminal hacer falsas declaraciones en la petición de los Registros Vitales o obtener una acta de nacimiento falsa. Castigos pueden incluir una multa civil de hasta $5,000 y convicción de prisión hasta cinco años segun el código de Utah, Secciones 26-23-5, 26-23-5.5 y 26-23-6.

Vital records Validation only

INSTRUCCIONES

1. Se llena una petición por cada persona.
2. La cantidad de 15.00 dolares es para buscar el registro. Para copias certificadas adicionales de este registro se pagan 8.00 dolares más (por copia) el mismo día.
3. Llene la petición y mándela junto con la cantidad requerida y una fotocopia de su identificación con una fotografia reciente a la siguiente dirección Utah County Health Dept. att: Vital Records, 151 South University Ave. #1100, Provo, Utah 84601-4427.
4. El solicitante debe responder por escrito a la petición mandada por Vital Records antes de que pasen 90 días después de recibirla; de otra manera, Vital Records puede retener todo el dinero pagado.
5. Cuando reciba el registro(s) por favor tómese el tiempo para revisar que todo este correcto. Se pueden corregir y reemplazar las copias hasta 90 días después del día de la emisión.

PETICION / EL PARA REGISTRO DE NACIMIENTO

Nombre del niño/niña *(name of child)* _____

Fecha de nacimiento *(date of birth)* _____

Ciudad *(City)* _____ Condado (County) _____

Primer nombre y apellido de soltera de la madre *(first and maiden name of mother)* _____

Lugar de nacimiento de la madre *(birthplace of mother)* _____

Nombre del padre *(name of father)* _____

Lugar de nacimiento del padre *(birthplace of father)* _____

SOLICITANTE

Relación: Yo Soy: (Por favor escoja uno) ☐Uno Mismo ☐Mama ☐Papa ☐Pariente Esposo/a ☐Hijo/a ☐Abuelito/a ☐Nieto/

Si distinto, especifique _____

Razón por solicitud _____

Su Firma _____ Fecha _____

Imprimir Nombre _____ Numero de teléfono _____

Su Dirección _____

(Ciudad, Estado, Código Postal)

Numero De Copias Certificadas Necesitada	
_____ Certificado Regular	$ 16.00 +
1 Copias adicionales ($8.00 cada una)	+
QUOTA TOTAL	

(Si su orden tiene que ser enviada, **IMPRIMA** el nombre y dirección.)
: _____

_____

_____

.....

USO DE OFICINA UNICA MENTE (No escribir debajo de la línea)

PAID: Check Cash Money Order

Certified Paper #: _____

Request #: _____ **Clerk's Initials:** _____

Revised: 07/2011

FOR CREDIT CARD: circle card type VISA / MasterCard

Name on card: _____ Exp. Date: _____

Card #: _____ 3-Digit Code: _____

Signature: _____