



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.

INSTRUCCIONES

1. Se llena una petición por cada persona.
2. La cantidad de 18.00 dolares es para buscar el registro. Para copias certificadas adicionales de este registro se pagan 10.00 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*)

Hospital

Residencia habitual del difunto (estado/*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*)

Correo Electronico (*signature*)

Relación: Yo Soy: (Por favor escoja uno)

Uno Mismo
Hijo/a

Mama
Abuelito/a

Papa
Nieto/a

Pariente Esposo/a

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

\$ 18.00

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

Certificado Regular
Copias adicionales
(\$10.00 cada una)

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

PAID: Check Cash Credit Card (se aplicara el 2.65% al pago con tarjeta, por cliente (un minimo

Certified Paper # _____ Name on card: _____ Exp. Date: _____

Request # _____ Clerk's Initials: _____ Card #: _____ 3-Digit Code: _____

Teller _____ Trans# _____ Signature: _____

Revised: 03/2024