



**UTAH COUNTY HEALTH DEPARTMENT OFFICE OF VITAL RECORDS
PETICION PARA UNA COPIA CERTIFICADA
DE NACIDO FALLECIDO**

HORARIO: LUNES A VIERNES DE 8 A 4:30 801-851-7005

ADVERTENCIA: Es ilegal en Utah que cualquier persona consiga, obtenga, use o venda una partida de nacimiento, con el propósito del engaño.

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 fotografía 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 PARA REGISTRO DE NACIDO FALLECIDO

Nombre del niño/nia (*name of child*): _____

Fecha de Nacimiento (*date of birth*): _____

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

Nombre **completo de nacimiento** de madre _____

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

Nombre **completo de nacimiento** de padre _____

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

SOLICIANTE

Relación: Yo Soy Uno Mismo Mama Papa Pariente/Esposo/a
 Hijo/a Abuelito/a Nieto/a

Si distinto, especifique _____

Razón por solicitud _____

Su Firma _____ Fecha _____

Imprimir Nombre _____ Numero de teléfono _____

Su Dirección _____

	Ciudad	Estado	Código Postal
<u>Numero De Copias Certificadas</u>			
_____ Certificado Regular	\$ <u>18.00</u>	Si su orden tiene que ser enviada, IMPRIMA el nombre y direcciión:	
_____ Copias adicionales (\$10.00 cada una)	_____	_____	

QUOTA TOTAL	_____	_____	

USO DE OFICINA UNICAMENTE (No escribir debajo de la línea)

Paid: Cash Check Money Order	For Credit Card circle type: VISA MasterCard Discover
Certified Paper # _____	Name on card: _____ Exp. Date _____
Request # _____ Clerk's Initials _____	Card # _____ 3-Digit Code _____
Teller _____ Trans # _____	Signature: _____