

UTAH DEPARTMENT OF HEALTH  
UTAH COUNTY HEALTH DEPARTMENT  
PETICION PARA UNA COPIA CERTIFICADA  
DEL NACIDO MUERTO

Horario: Lunes a Viernes De 8 a 4:30



**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 \$5,000.00 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 fotografía reciente a la siguiente dirección Utah County Health Dept. Vital Records, 151 South University Ave. #1100, Provo, Utah 84601.
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 \_\_\_\_\_

Papa Pariente Esposo/a Hijo/a

Razón por solicitud \_\_\_\_\_

Su Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Imprimir Nombre \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Su Dirección \_\_\_\_\_

(Ciudad, Estado, Código Postal)

**Numero De Copias Certificadas Necesitada**

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

\_\_\_ Certificado Regular \$ **15.00**

Copias adicionales (\$8.00 cada una) \$ \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_

Quota Total \$ \_\_\_\_\_

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

**PAID:** CHECK CASH MONEY ORDER VISA/MC

Vital Records Label Only