Salud Pública del Condado Summit – Oficina de Estadísticas Vitales
SOLICITUD DE COPIAS CERTIFICADAS

INFORMACIÓN DEL REGISTRO *(Información de la persona de la cual Ud. está solicitando el registro)*

NACIMIENTO:

Nombre completo en el certificado de nacimiento: Nombre: Segundo nombre: Apellido soltera/Apellido(s):	**Si cambió el nombre después del nacimiento, indicar el nombre nuevo: (Ej.: adopción, cambio legal de nombre, paternidad, etc.)**
Fecha de nacimiento:	**Ciudad y Condado donde ocurrió el evento:**

□ **Madre** □ **Padre** □ **Progenitor**	Nombre: Segundo nombre: Apellido de soltera/Apellido(s):	□ **Madre** □ **Padre** □ **Progenitor**	Nombre: Segundo nombre: Apellido de soltera/Apellido(s):

Si Ud. no necesita un certificado de nacimiento por cualquiera de las siguientes razones, sáltese esta sección: Sino, indique la razón por la que necesita el certificado: □ Doble Ciudadanía □ Genealogía □ Matrimonio fuera del país □ Negocios legales internacionales	**Número de copias que solicita:** _____ **x $22.00 = $**_____

DEFUNCIÓN:

Nombre completo en el certificado de defunción:
Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Fecha de deceso:	**Ciudad y Condado donde ocurrió el evento:**	**Número de copias que solicita:** _____ **x $22.00 = $**_____

Todos los certificados de defunción se emitirán sin el N° de seguro social a no ser que se entregue una identificación confirmando que Ud. es uno de los siguientes solicitantes autorizados:

□ Cónyuge o descendiente del difunto
□ Albacea, abogado o apoderado del difunto
□ Representante de una agencia investigadora gubernamental
□ Investigador privado
□ Director de servicios funerarios (o agente responsable de la disposición del cuerpo) actuando a nombre de la familia del difunto
□ Oficina de servicios a veteranos
□ Miembro acreditado de los medios de comunicación

Ud. Debe adjuntar una copia de su identificación demostrando que Ud. es un solicitante autorizado conjuntamente con una copia de una licencia válida de conducir.

MUERTE FETAL:	**Nombre en el certificado:** Nombre Apellido(s)	**Fecha en que ocurrió el evento:**	**Número de copias que solicita:** _____ **x $22.00 = $**_____

TARIFA: Nuestra oficina acepta efectivo, cheques (con tarjeta de identidad válida con foto), y tarjetas de crédito y débito (se aplica un gasto de tramitación)

Monto Total a Pagar:	**$**_____

INFORMACIÓN DEL ADQUIRIENTE: *(Información de la persona que solicita el registro)*

Por favor use letra imprenta ya que esto se usará para su recibo, dirección postal, y/o comunicación en el futuro para completar su solicitud de registro.

Nombre del adquiriente:		Correo electrónico:	
Dirección:		Número de teléfono:	
Ciudad, Estado, & Código Postal:		Firma del adquiriente:	

DIRECCIÓN POSTAL: SCPH – Vitals, 1867 W Market Street, Akron, OH 44313