

**EL DEPARTAMENTO DE SALUD CONDADO DE UTAH**  
**SOLICITUD DE COPIA CERTIFICADA DE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO**  
**HORARIO: LUNES A VIERNES DE 8 A 4:30 801-851-7005**

**INFORMACION**

Los registros de nacimiento que ocurrieron en el estado de Utah desde el año 1905 hasta el presente se encuentran aquí. **Es ilegal en Utah que cualquier persona consiga, obtenga, use o venda una partida de nacimiento, con el propósito del engaño.**

**TENGA EN CUENTA:** El hospital NO es responsable de solicitar certificados de nacimiento. ¡ Pídalos a Registros Vitales (Vital Records)! **Vea las instrucciones abajo.**

**INSTRUCCIONES**

1. Un registro de nacimiento cuesta **22.00** dolares - Actas adicionales de la misma persona **10.00** dolares (Cheques **a nombre de UCHD**)
2. Se paga al mismo tiempo que se hace la solicitud.
3. Se requiere una forma de identificación corriente con foto.
4. Cuando recibe el registro(s) por favor tóme el tiempo para revisar que todo este correcto. Se pueden corregir y reemplazar las copias dentro de 90 días.

**PETICIÓN PARA LA PARTIDA DE NACIMIENTO**

Nombre de el/la niño (a) (name of child) \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento (date of birth) \_\_\_\_\_ Ciudad (City) \_\_\_\_\_ Condado (County) \_\_\_\_\_  
 Nombre **completo de nacimiento** de padre/madre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento de padre/madre \_\_\_\_\_  
 Nombre **completo de nacimiento** de padre/madre \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento de padre/madre \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Mi relación con el/la niño (a) (relationship) \_\_\_\_\_ Firma del solicitante (signature) \_\_\_\_\_  
 Dirección del solicitante – ciudad, estado, código postal (address) \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono (telephone number) \_\_\_\_\_ Fecha (date) \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas actas quiere UD.? (# of certificates) \_\_\_\_\_

**Copias Certificadas Que Desea DE OTROS NIÑOS de los MISMOS PADRES**

Nombre el/la niño (a)	Fecha de nacimiento	Ciudad	Certificados

Comments:

**OFFICE USE ONLY**

**Paper #'s** \_\_\_\_\_

**Paid:**    Cash      Check      Money Order      Credit Card

**Request #'s** \_\_\_\_\_ **Clerk:** \_\_\_\_\_

**If paying with a credit card, please complete the information below:**

Circle the card that applies:     MasterCard     Visa     Discover

Signature \_\_\_\_\_

Name on Card: \_\_\_\_\_ 3-Digit Code: \_\_\_\_\_

Card # \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_

**OFFICE USE ONLY**

Teller \_\_\_\_\_ Transaction # \_\_\_\_\_

**CERTIFICATES**

# of 1st copies \_\_\_\_\_

# of additional \_\_\_\_\_

*Subtotal* \_\_\_\_\_

**OTHER ITEMS**

# of Affidavits \_\_\_\_\_

# of expedites \_\_\_\_\_

*Subtotal* \_\_\_\_\_

Total Amount: \_\_\_\_\_