



EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE UTAH
151 S University Ave, Suite 1100, Provo, UT 84601
Horario: Lunes a Viernes de 8 a 4:30 (801) 851-7005
INFORMACION

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

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 para cualquier persona conseguir, tener, usar, o vender una partida de nacimiento, con el propósito del engaño.**

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 dias.

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)

Fecha (date)

Número de teléfono (telephone number)

Correo Electronico:

¿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

OFFICE USE ONLY		
Teller _____	Transaction _____	
# _____	# of 1st Copies _____	_____
# of additional _____	_____	
TOTAL AMOUNT FOR CERTIFICATES \$ _____		
Affidavit _____	Fees _____	\$ _____
_____	Expedite Fees _____	\$ _____
_____	TOTAL _____	\$ _____

(OFFICE USE ONLY) Paid: Check Cash Money Order Credit Card Paper# _____ AMOUNT DUE _____ Req.# _____ Clerk: _____
 (se aplicara el 2.65% al pago con tarjeta, por cliente (un minimo de \$1.50)

For Credit Card: Name on Card _____ Card # _____ Exp. Date _____ 3 Digit Code: _____