SOLICITUD DE ACTA DE NACIMIENTO AL REGISTRO CIVIL DE ARIZONA

Fecha:	# de copias solicitadas	Motivo de la solicitud:	Forma de pago:

INFORMACION DE ACTA DE NACIMIENTO

Fecha de Nacimiento	Sexo ☐ Femenino ☐ Masculino	Nombre Completo Al Nacer Primero Segundo Apellido
Ciudad de Nacimiento	Condado	Hospital

Primer Nombre de la Madre	Segundo Nombre	Apellido de Soltera	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento
Primer Nombre del Padre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento

Perteneces a una tribu de Arizona ☐ Si ☐ No	Por favor especifique

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Solicitante – Letra Molde Primer Segundo Apellido	**Firma del Solicitante – Obligatorio**

Domicilio (o) PO Box (Estados Unidos Solamente)	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono (Estados Unidos Solamente)	Correo Electronico

Su Relación con la Persona en el Certificado – Marque Uno Solamente. * Prueba de la relación debe ser proporcionada si su nombre no está en el certificado.

☐ Padre/Madre ☐Si Mismo☐Hermano(a) ☐ Abuelo(a) ☐ Tutor Legal☐ Esposo(a) ☐ Agencia de Gov☐ Otro:

ÁREA DE NOTARIO

State of _____ County of _____
on this _____ day _____, 20_____ before me personally appeared
_____ (name of Signer), whose identity was proven to me on the basis of satisfactory evidence to be the person who name is subscribed to this document, and who acknowledge that he/she signed the above document.
Notary signature _____ My Commission Expires_____

Affix Seal/Stamp Here

INFO

Solo Para Uso Oficial – State File Number/Serial Number		Request ID
Applicant's Name:	Staff Initials:	Date Picked-Up

********SOLAMENTE LA PERSONA SOLICITANTE PODRA RECLAMAR EL ACTA********

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL CLIENTE	SOLO PARA USO OFICIAL
EN PERSONA ☐ Identificación vigente emitida por el gobierno de los Estados Unidos que contenga su foto y firma. ☐ Firma del solicitante en la aplicación. ☐ Pago en efectivo o money order ($20.00 c/u). POR CORREO ☐ Copia de su identificación de Estados Unidos que contenga su foto y firma (o) su firma notarizada en la aplicación. ☐ Firma del solicitante en la aplicación. ☐ Pago exacto ($20.00) en money order, pagable a Vital Records. ☐ Incluya un sobre con estampilla *Estadísticas Vitales no se hace responsable de certificados solicitados por correo, en caso de robo o perdida.	Birth _____($20.00 c/u) Misc_____($10.00 c/u) Exp Print Code Fee _____($30.00 c/u) Paternity _____ ($30.00 c/u) 1997 to present Correction _____ ($30.00 c/u) 1997 to present Amount of Copies _____ Cash_____ MO_____ Total Paid _____ ID Verification _____ Notarized Application _____ Mail _____ Pick Up _____ Mail verified by: _____

Nota: Los certificados no reclamados en un periodo de 90 días serán destruidos por póliza del departamento de Estadísticas Vitales.

Special Instructions:

_____

_____

_____

YUMA COUNTY HEALTH SERVICES DISTRICT
OFFICE OF VITAL RECORDS
2200 W 28TH ST SUITE #256
YUMA, AZ 85364
Phone (928) 317-4530 FAX (928) 317-4678
Office Hours 8:00-4:00 M-F