

**FORMULARIO DE PEDIDO
DE PARTIDAS DE NACIMIENTO**
**\$20 por la primera copia; Y \$15 por cada copia
adicional solicitada al mismo tiempo.**

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO:
ATENCIÓN:

_____ CANTIDAD COPIA CERTIFICADA - Para cualquier fin

1. Nombre registrado _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
2. Fecha de nacimiento _____
(Mes) (Día) (Año)
3. Lugar de nacimiento _____ OREGON
(Ciudad) (Condado)
4. Nombre del padre _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
5. Nombre completo de soltera de la madre _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
6. Nombre de la persona que solicita la partida _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
7. Su parentesco a el registrado (línea #1) _____
8. Teléfono durante el día _____
9. Dirección _____
10. Ciudad/Estado/Código Postal _____

CERTIFICATE #:

FILM

FILM (P)

COMPUTER

INDEXES

INDEX (P)

DF/CO

REFUND: \$

Excess Fee: Out/State

No Record: Uncompleted:

CHECK #

DATE:

De acuerdo con la ley - ORS 432.121 el acceso a las partidas de nacimiento está restringido durante 100 años al registrante, sus familiares directos inmediatos, sus representantes legales, agencias gubernamentales y personas autorizadas o registradas bajo ORS 703.430. Los tutores legales deben adjuntar una copia del documento legal. Si Ud. No es elegible, adjunte una nota de autorización escrita firmada por una persona elegible. La firma debe estar certificada por un notario publico.

Enviar a: **OREGON VITAL RECORDS**
PO BOX 14050
PORTLAND OR 97293-0050

Haga los cheques o giros postales a favor de: **DHS/Vital records**
Por favor no envíe dinero en efectivo.

A los clientes internacionales: Sólo se aceptarán giros postales de los EE.UU. o cheques de viajero en dólares estadounidenses.

Si no se puede encontrar la partida solicitada, la tarifa de \$20 se debe retener para cubrir gastos de búsqueda, según lo dispuesto por el Reglamento Administrativo 333-011-0106 (2).

Para recibir información actualizada sobre los pedidos de partidas, llame al (971) 673-1190 o busque *Vital Records* en la página web de la División de Salud: **www.healthoregon.org/chs**

De Aviso: El proveer a sabiendas, información falsa es un delito mayor según ORS 432.900

Esta sección se separará y se usará para enviar la copia certificada de la partida a:

Nombre de la persona que solicita la partida _____

Calle _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

FOR OFFICE USE ONLY

File Date Amendment Fee

NRL/Ref Issued Full Issued

Follow Up Computer Copy

**HAY COPIAS DE ESTE FORMULARIO EN
FORMATO GRANDE DISPONIBLES PARA
QUIENES LAS SOLICITEN**

Reglamento sobre procesamiento de cheques sin fondos: Si su cheque vuelve impago por fondos insuficientes o no cobrados, podemos presentar su cheque en forma electrónica. En el curso normal de las transacciones bancarias, usted no recibirá su cheque con su estado de cuenta del banco, pero puede recuperar una copia por otros medios.

Se puede aplicar una multa de \$25.00 por cheque Sin fondos según ORS 30.701 (5).

↔ Su Dirección Postal