



**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 emitir 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 es **20.00** dolares - Certificados adicionales **10.00** dolares (a nombre de UCHD)
2. Si el solicitante no pide su propia partida de nacimiento, debe escribir la razón para pedirla.
3. Se paga al mismo tiempo que se hace la petición.
4. Se requiere una forma de identificación corriente con foto – o dos formas de identificación corriente con firma.
5. Cuando recibe el registro(s) por favor tómelo 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 **complete de nacimiento** del padre/madre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento de la madre \_\_\_\_\_

Nombre **complete de nacimiento** del padre/madre \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento del padre \_\_\_\_\_

**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/PADRES**

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

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

**(OFFICE USE ONLY)** Paid: Check Cash Money Order Credit Card Paper# \_\_\_\_\_ Req.# \_\_\_\_\_ Clerk: