



FORMULARIO DE PEDIDO DE PARTIDAS DE NACIMIENTO

\$25 por la primera copia; Y **\$20** por cada copia adicional solicitada al mismo tiempo.

POR FAVOR NO ENVIE DINERO EN EFECTIVO

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)

_____ 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 _____ **DESCHUTES COUNTY** **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 _____

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 público.

Enviar a: **DESCHUTES COUNTY HEALTH DEPARTMENT**
Attn: VITAL RECORDS
2577 NE COURTNEY DRIVE
BEND OR 97701

Haga los cheques o giros postales a favor de:
DESCHUTES COUNTY HEALTH DEPARTMENT.

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

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

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO:	
Check # _____	\$ _____
Cash \$ _____	
Money Order # _____	\$ _____
Receipt # _____	
Date Sent / Pickup _____	
Initials _____	Quantity _____

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

← Su Dirección Postal