



Deschutes County Health Department  
2577 N.E. Courtney Drive, Bend, Oregon 97701. (541) 322-7400

### FORMULARIO DE PEDIDO DE PARTIDAS DE DEFUNCIÓN

**\$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, Formulario del hecho defunción – sin causa de muerte (disponible desde 1978 hasta el presente)

\_\_\_\_\_ CANTIDAD COPIA CERTIFICADA, Formulario largo – Con causa de muerte

1. Nombre del difunto \_\_\_\_\_  
*Primer nombre Segundo nombre Apellido*

2. Cónyuge de difunto \_\_\_\_\_  
*Primer nombre Segundo nombre Apellido*

3. Lugar de fallecimiento \_\_\_\_\_  
*Ciudad Condado* **DESCHUTES COUNTY OREGON**

4. Fecha de fallecimiento \_\_\_\_\_  
*Mes Día Año*

5. Nombre de la persona que solicita la partida \_\_\_\_\_  
*Primer nombre Segundo nombre Apellido*

6. Parentesco suyo con la persona en la línea 1 \_\_\_\_\_

7. Teléfono durante el día \_\_\_\_\_

8. Dirección \_\_\_\_\_

9. Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

De acuerdo con la ley - ORS 432.121 el acceso a las partidas de defunción está restringido durante 50 años al los miembros, de la familia , sus representantes legales, agencias gubernamentales, personas autorizadas o registradas bajo ORS 703.430 y personas con derecho personal o de propiedad. 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: **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.**

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

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

**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

← Su Dirección Postal