



A Tradition of Stewardship
A Commitment to Service

Agencia de Salud y Servicios Humanos
Oficina de Estadísticas Vitales
2751 Napa Valley Corporate Dr., Bldg. B, Napa
CA 94558

Tel: (707) 253-4506
Fax: (707) 226-6442
Horario: lunes-viernes 8:30-11:30am & 1:00-4:00pm



NAPA COUNTY
Health & Human
Services Agency

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DEL ACTA DE NACIMIENTO

Cheque/Giro Postal de \$32.00 a nombre de: County of Napa; Tarjetas de Crédito/Debito tendrán un cargo adicional de \$2.50.
No aceptamos efectivo.

INFORMACION DEL SOLICITANTE (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Primer nombre y apellido:

Domicilio:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

Número de Teléfono:

Dirección de envió (si es diferente al de arriba):

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
------------	---------	---------	----------------

INFORMACION DEL ACTA DE NACIMIENTO – SOLO PARA NINOS DE 12 MESES OR MENOR. (ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE)

Cantidad de Copias Certificadas Originales Solicitadas:

Primer Nombre:	Segundo Nombre:	Apellido:
----------------	-----------------	-----------

Fecha de Nacimiento:	Ciudad de Nacimiento:
----------------------	-----------------------

Nombre de Padre/Madre:

Nombre de Madre/Madre:

POR FAVOR MARQUE UNO

De acuerdo con el Código de Salud y Seguridad 103526c, las siguientes personas tienen derecho a una copia certificada AUTORIZADA de un registro de nacimiento

	Padres, o tutor legal del registrado		Un miembro de una agencia del orden de la ley o un representante de otra agencia gubernamental, según lo dispuesto por la ley, que estén llevando a cabo un negocio oficial.
	Abuelo(a), nieto(a)		Un abogado que represente al registrante o el patrimonio del registrante, o cualquier persona u organismo autorizado por la ley o designado por un tribunal para actuar en nombre del registrante o su patrimonio
	Hijo(a), hermano(a), esposo(a), cónyuge o compañero(a) domestico(a) del registrado.		

FIRMAS

Yo (nombre de solicitante con letra de molde) _____ juro (o afirmo) bajo pena de perjurio que soy una persona autorizada, según lo definido en la Sección 103526 (c) del Código de Salud y Seguridad de California y soy elegible para recibir una copia certificada AUTORIZADA del registro de nacimiento identificado en este formulario de solicitud.
Jurado este (fecha) _____ Día de (mes) _____, (año) _____ en (ciudad) _____.

Firma _____.

OFFICE USE ONLY

Images printed:	Check/MO:	CC:	Dollar Amount:
-----------------	-----------	-----	----------------

Certificate #:	Banknote Paper:	Deputy:
----------------	-----------------	---------