



WALLA WALLA COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

314 West Main Street • PO Box 1753 • Walla Walla, WA 99362
Main Telephone: (509) 524-2650 • Confidential Fax: (509) 524-2642 • Main Fax: (509) 524-2678

FORMULARIO DE
ACTAS DE NACIMIENTO

INFORMACIÓN SOBRE EL SOLICITANTE
NOMBRE DE LA PERSONA/EMPRESA QUE SOLICITA EL ACTA/LAS ACTAS:
DIRECCIÓN DE ENVÍO DEL ACTA/LAS ACTAS: (SE REQUIERE UNA DIRECCIÓN POSTAL PARA LAS SOLICITUDES DE FEDEX)
CIUDAD: ESTADO: CÓDIGO POSTAL: PAÍS:
NÚMERO DE TELÉFONO PARA LLAMADAS DURANTE EL DÍA: DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:

Certificado de Acta de Nacimiento [] Informativas de Registros de Nacimiento []
(No Complete la sección 'Indique su Relación' si estas solicitando copia informativa)
LAS COPIAS INFORMATIVAS NO CERTIFICADAS DE REGISTROS DE NACIMIENTO NO SE EMITEN EN PAPEL CERTIFICADO Y NO SE PUEDEN USAR PARA FINES LEGALES. LAS COPIAS CONTIENEN UNA MARCA DE AGUA QUE INDICA QUE SOLO TIENEN CARÁCTER INFORMATIVO.

Para recibir un acta de nacimiento, debe indicar su relación con la persona que consta en el registro y firmar la declaración jurada por la que afirma que está autorizado a recibir el acta.
INDIQUE SU RELACIÓN
[] TITULAR [] PADRE/MADRE [] HERMANO(A) [] BISABUELO(A) [] REPRESENTANTE AUTORIZADO
[] CÓNYUGE/PAREJA DE HECHO [] PADRASTRO/MADRASTRA [] ABUELO(A) [] TUTOR LEGAL [] AGENCIA GUBERNAMENTAL
[] HIJO(A) [] HIJASTRO(A) [] NIETO(A) [] REPRESENTANTE LEGAL [] TRIBUNALES

DATOS DEL REGISTRO DE NACIMIENTO
PRIMER NOMBRE DEL TITULAR DEL ACTA: SEGUNDO NOMBRE (COMPLETO) DEL TITULAR DEL ACTA: APELLIDO(S) DEL TITULAR DEL ACTA:
FECHA DE NACIMIENTO: CIUDAD DE NACIMIENTO: CONDADO DE NACIMIENTO: PAÍS DE NACIMIENTO:
PRIMER NOMBRE DE LA MADRE: SEGUNDO NOMBRE DE LA MADRE: APELLIDO(S) DE LA MADRE: (APELLIDO DE SOLTERA)
PRIMER NOMBRE DEL PADRE: SEGUNDO NOMBRE DEL PADRE: APELLIDO(S) DEL PADRE:

[] Declaro bajo pena de perjurio y de conformidad con las leyes del estado de Washington que la información que proporcioné es correcta y verdadera. Además, soy consciente de que realizar a sabiendas una declaración falsa sobre registros vitales a fin de solicitar un acta es una falta grave en virtud de las leyes de Washington, sección 70.58A.590(2) del RCW.
FIRMA (SOLICITANTE) FECHA DE LA FIRMA: (MM/DD/AAAA)

TARIFAS: (Marque la casilla correspondiente para indicar el tipo de solicitud y, luego, ingrese la cantidad).
[] Cantidad total de actas CERTIFICADAS x \$25 =
[] Cantidad total de actas COPIAS INFORMATIVAS x \$25 =
ENVÍO
[] Envío por correo \$5 =
MONTO TOTAL ADEUDADO (PARA OBTENER EL TOTAL ADEUDADO, SUMAR LA TARIFA Y EL COSTO DE ENVÍO) No se harán reembolsos

SOLO PARA USO INTERNO
Receipt
Certificate Issued
Date



WALLA WALLA COUNTY DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH

314 West Main Street • Walla Walla, WA 99362

Main Telephone: (509) 524-2650 • Confidential Fax: (509) 524-2642 • Main Fax: (509) 524-2678

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127.

Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio telefónico de Washington para personas con problemas de audición y del habla) o enviar un email a civil.rights@doh.wa.gov.