



SOLICITUD DE PARTIDA DE NACIMIENTO EN EL ESTADO DE LA  
DEPARTAMENTO DE SALUD DE SEMINOLE

407-665-3226

LUNES A VIERNES DE 8:00am-4:30PM

Oficina de Registro Demografico  
400 West Airport Blvd.  
Sanford, FL 32773

Para poder procesar su petición el mismo día, deberá someter la aplicación antes de las

VISA O MASTER CARD SOLAMENTE **NO SE ACEPTAN CHEQUES PERSONALES**

**Requisitos para presentar la solicitud** : En caso de presentaciones en nombre propio, del padre, tutor o representante legal, el solicitante deberá completar esta solicitud y presentar una identificación válida con fotografía. Si el solicitante no fuera alguno de los indicados anteriormente, la persona autorizada deberá completar la Declaración Jurada para Emitir el Certificado de Nacimiento, la cual deberá entregar junto con esta solicitud y una identificación con fotografía. Formas de identificación aceptable incluyen: Licencia de Conductor, Tarjeta de Identificación Estatal, Pasaporte y/o Tarjeta de Identificación Militar. (Identificación no puede estar expirada)

**POR FAVOR IMPRIMA O ESCRIBA A MANO**

NOMBRE DEL MENOR TAL COMO APARECE EN LA PARTIDA DE NACIMIENTO	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	SUFIJO
SI SE HUBIERA CAMBIADO DESPUÉS DEL NACIMIENTO, INDICAR EL NOMBRE NUEVO	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	SUFIJO
FECHA DE NACIMIENTO	MES	DÍA	AÑO (4 DÍGITOS)	CONSIGNAR EL Nº DE ARCHIVO (De ser conocido)		SEXO
LUGAR DE NACIMIENTO FLORIDA	HOSPITAL			CIUDAD O PUEBLO	CONDADO	
NOMBRE DE SOLTERA DE LA MADRE (Nombre que tenía antes de contraer matrimonio)	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	SUFIJO
NOMBRE DEL PADRE	PRIMER NOMBRE			SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	SUFIJO

**PARA EFECTUAR LA BÚSQUEDA DE LA PARTIDA DE NACIMIENTO SE REQUIERE DEL PAGO POR ADELANTADO DE UN ARANCEL PARA LA BUSQUEDA DE \$12.00 Y LA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA VÁLIDA.**

Una Certificación emitida por computadora requiere el pago del arancel de \$12.00 el cual habilita al solicitante a obtener un nacimiento registrado (entre 1930 a la fecha presente)

- La Certificación emitida por computadora es reconocida y aceptada por TODAS las agencias estatales y federales.

\$12.00	X	1	=	\$12.00
---------	---	---	---	---------

Certificaciones adicionales emitidas por Computadora:  
Se cobrarán \$8.00 por cada Certificación adicional emitida por computadora.

\$8.00	X		=	\$
--------	---	--	---	----

Cubierta de plástico opcional para los certificados:

\$3.00	X		=	\$
--------	---	--	---	----

	X		=	\$
--	---	--	---	----

	X		=	\$
--	---	--	---	----

**MONTO TOTAL QUE SE ADJUNTA:**

Cheque o Giro Postal pagadero a la orden de: Vital Statistics [Registro Civil]. (NO ENVÍE EFECTIVO)

INCLUYA UNA COPIA DE UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO VALIDA O NO PODRÁ SER COMPLETADA SU ORDEN	\$
--	----

**POR FAVOR LEA TODAS LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO ANTES DE SOMETER LA APLICACION**

**NOMBRE DEL SOLICITANTE – INFORMACIÓN DE ENTREGA**

Según el Cap. 382 de las leyes de la Florida, toda persona que a sabiendas suministrar información falsa en certificados, registros, informes, solicitudes o declaraciones juradas, o que obtuviere información confidencial de un Registro Civil con fines falsos o fraudulentos, estará cometiendo un delito en tercer grado y será sancionada según lo previsto en el Cap. 775 de las leyes de la Florida.

Nombre del solicitante <b>IMPRESO O ESCRITO A MANO</b>	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO (INCLUIR EL SUFIJO QUE CORRESPONDA)	
DOMICILIO DE ENTREGA (INCLUIR Nº DPTO, SI CORRESPONDE)	CIUDAD		ESTADO	CODIGO POSTAL
Nº TEL. RESIDENCIAL Nº TEL. LABORAL	RELACIÓN CON REGISTRANTE		FIRMA DEL SOLICITANTE	
DE SER ABOGADO, CONSIGNAR Nº MATRÍCULA PROFESIONAL.	DE SER ABOGADO, INDICAR EL NOMBRE DE SU REPRESENTADO Y SU RELACIÓN CON EL REGISTRANTE.			

**INFORMACION DE TARJETA DE CREDITO - ORDENES POR CORREO**

Tipo de Tarjeta:	Visa [ ]	Master Card [ ]	Numero de Tarjeta:	Expiracion:
Nombre Completo Como Aparece en la Tarjeta:	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO	
Direccion:	DOMICILIO (Calle y Apto.)	CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE- Para ser completado por el personal del Departamento de Salud de Seminole

Date:	Receipt #	Document #:
Driver's License #:	Other:	