



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

Tuscarawas County Health Department

# SALUD DEL CONDADO DE TUSCARAWAS DEPARTAMENTO

## Estadísticas vitales

### Instrucciones para solicitar registros

<b>Notificación a toda la Clientela:</b>	<u>De conformidad con el Código Revisado de Ohio 3705.29, es ilegal obtener, poseer, usar, vender, proporcionar o intentar obtener, poseer, usar, vender o proporcionar a otro con el propósito de engañar cualquier certificado, registro, o copia certificada del mismo que se relaciona con el nacimiento de otra persona, ya sea viva o muerta.</u>
--	---

#### **Quién puede pedir un registro:**

Los registros vitales (registros de nacimientos, muertes y muertes fetales) son registros públicos en Ohio. Esto significa que cualquiera puede potencialmente Solicitar copias.

#### **Realización de un pedido:**

Para obtener la respuesta más rápida, recomendamos realizar su pedido en persona en 897 East Iron Ave., Dover, OH 44622. Nuestro Vital El horario de estadísticas es de lunes a Miércoles de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.; Jueves de 8:00 a.m. a 6:00 p.m.; y Viernes de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. Visite nuestro sitio web en [www.tchdnow.org](http://www.tchdnow.org) o [www.odh.ohio.gov/vs](http://www.odh.ohio.gov/vs) o llame a nuestro cliente Equipo de servicio al (330) 343-5555, ext. 1250, para obtener instrucciones detalladas y una explicación más detallada de estas opciones.

Complete un formulario de solicitud para cada registro o búsqueda solicitada. Envíe sus solicitudes con todas la Información de identificación. Si no tiene información suficiente para permitirnos identificar el certificado, puede Solicitar que se realice una búsqueda en lugar de solicitar una copia certificada del registro.

#### **Certificados de Nacimiento:**

Complete la sección "Información de registro" de la solicitud con la información tal como cree que aparece en el registro de nacimiento original. Si ha habido algún cambio en el nombre de la persona en el registro, proporcione también el nuevo nombre. Identifique a los padres en el registro como "madre", "padre" o "padre" y proporcione sus nombres antes de su Primer matrimonio (también conocido como apellido de soltera). Los registros de nacimiento se emitirán como resúmenes certificados a menos que usted indique que están solicitando la copia certificada para los fines específicos de obtener la doble nacionalidad, matrimonio internacional o legal procedimientos, o genealogía.

#### **Certificados de defunción y números de seguro social:**

A partir del 15 de Octubre de 2015, durante los primeros cinco años después de la fecha de fallecimiento, el número de seguro social del fallecido no será incluido en el certificado de defunción a menos que el solicitante sea:

- El cónyuge del fallecido, o descendiente directo
- El albacea, abogado o agente legal del fallecido
- Un representante de una agencia gubernamental de investigación
- Un investigador privado
- Un director de funeraria (o agente responsable de la disposición de el cuerpo) actuando en nombre de la familia del difunto
- Un oficial de servicio de veteranos
- Un miembro acreditado de los medios de comunicación

**Las personas que soliciten un certificado de defunción con el número de seguro social incluido deben indicarlo en su solicitud que están solicitando que se incluya el SSN y presenten una identificación satisfactoria al registrador o secretario.**

**Tarifas:** De acuerdo con la sección 3705.24 del Código Revisado de Ohio, estamos obligados por ley a cobrar una tarifa por cada certificado Copia de un registro vital emitido. La tarifa en esta oficina por cada copia certificada de un registro de nacimiento, defunción o muerte fetal es de \$ 25.00 por copia certificada

# DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TUSCARAWAS

## SOLICITUD DE COPIAS CERTIFICADAS

**INFORMACIÓN DEL REGISTRO:** (Información sobre la persona para la que está solicitando el registro)

<b>Nombre completo en el certificado de nacimiento o defunción:</b> Primer                      Segundo                      Ultimo			Si el nombre fue cambiado desde el nacimiento, indique el nuevo nombre: (es decir, adopción, cambio de nombre legal, paternidad, etc.)
Fecha de nacimiento:	Fecha de fallecimiento:	Ciudad y condado donde ocurrió el evento:	
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Nombre antes del primer matrimonio:	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre	Nombre antes del primer matrimonio:
<b>CARGOS:</b> <b>ACEPTAMOS EFECTIVO, MASTERCARD, VISA, DISCOVER y Giros Postales</b>			
<b>Nacimiento:</b>	Marque la casilla de verificación si es necesario por cualquiera de los siguientes motivos: <input type="checkbox"/> Doble ciudadanía <input type="checkbox"/> genealogía <input type="checkbox"/> Matrimonio fuera del País <input type="checkbox"/> negocios legales internacionales		Número de copias solicitadas:  _____ x \$25.00 = \$ _____
<b>Muerte:</b>	o <b>No</b> , no necesito el Número de Seguro Social incluido. o <b>Sí</b> , solicito una copia con el SSN incluido.  <b>Todos los certificados de defunción se emitirán sin un número de seguro social a menos que se proporciona una identificación que confirma que usted es uno de los autorizados enumerados a continuación solicitantes:</b> <input type="checkbox"/> El cónyuge o descendiente del fallecido <input type="checkbox"/> El albacea, abogado o agente legal del fallecido <input type="checkbox"/> Un representante de la agencia gubernamental de investigación <input type="checkbox"/> Un investigador privado <input type="checkbox"/> Un director de funeraria (o agente responsable de la disposición del cuerpo) que actúe en nombre de la familia del difunto <input type="checkbox"/> Una oficina de servicio para veteranos <input type="checkbox"/> Un miembro acreditado de los medios de comunicación  <b>Debe adjuntar una copia de su identificación que demuestre que es un autorizado. solicitante junto con una copia de una licencia de conducir válida.</b>		Número de copias solicitadas:  _____ x \$25.00 = \$ _____
Muerte fetal:			Número de copias del registro de defunción fetal solicitado:  _____ x \$25.00= \$ _____
Monto total adeudado:			\$ _____

**INFORMACIÓN DEL COMPRADOR:** (Información sobre la persona que solicita el registro)

Imprima claramente, ya que se utilizará para su recibo, dirección postal y / o para futuros contactos para completar su solicitud de registro.

Nombre del comprador:		Fecha:	
Dirección:		Número de Teléfono:	
Ciudad, Estado y Código Postal:		Firma del comprador:	

**DIRECCIÓN POSTAL:**

Envíe la solicitud completa con la tarifa requerida a:

DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE TUSCARAWAS 897 E IRON AVE  
DOVER OHIO 44622



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.  
Tuscarawas County Health Department

For Office Use Only:	Date: