



Solicitud de copia certificada del certificado de nacimiento

Costo: \$25 la primera copia,
\$20 cada copia adicional por persona inscrita

Oficina Central del Distrito - 700 Columbine Street, Sterling, CO 80751
Teléfono (970) 522-3741 u 877-795-0646

Fax (970) 522-1412

Información del solicitante - Escribir en letra de molde clara

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Motivo de la solicitud:
Domicilio postal	Ciudad	Estado	Código postal
Domicilio real	Ciudad	Estado	Código postal
Su firma X	Fecha de hoy:		

Se debe incluir junto con la solicitud una copia de la licencia de conducir o tarjeta de identificación del solicitante emitida por el estado.

Información del/de los solicitante(s) - Escribir en letra de molde clara

Información sobre la(s) persona(s) cuyo(s) certificado(s) de nacimiento se está(n) solicitando.

Solicitante 1 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre completo al momento del nacimiento:			
	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
	Fecha de nacimiento	¿Esta persona ha fallecido?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
	Condado de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Su parentesco con el solicitante:	
	Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción			
Solicitante 2 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre completo del padre:			
	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
	Nombre completo de la madre:			
	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera	
	Fecha de nacimiento: _____ ¿Esta persona ha fallecido? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción			
Solicitante 3 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre completo al momento del nacimiento:			
	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
	Fecha de nacimiento	¿Esta persona ha fallecido?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
	Condado de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Su parentesco con el solicitante:	
	Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción			
Solicitante 4 Número de copias solicitadas: Género del solicitante <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Nombre completo del padre:			
	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	
	Nombre completo de la madre:			
	Primer nombre	Segundo nombre	Apellido de soltera	
	Fecha de nacimiento: _____ ¿Esta persona ha fallecido? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Fecha de defunción: _____ Estado donde ocurrió el deceso: _____ Proporcione copia del certificado de defunción			

Office Use Only:

Registrant 1 DCN: _____
 Registrant 2 DCN: _____
 Registrant 3 DCN: _____

Cash: _____
 Debit: _____
 Check #: _____

First Copy \$ _____
 Add. Copy \$ _____
 SPU Fee \$ _____
 Total \$ _____

ID: _____
 Social Service: _____
 PICKUP or MAIL
 Registrar Init: _____