

**FORMULARIO DE PEDIDO
DE PARTIDAS DE DEFUNCIÓN**
**\$20 por la primera copia; Y \$15 por cada copia
adicional solicitada al mismo tiempo.**

NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO:
ATENCIÓN:

_____ CANTIDAD COPIA CERTIFICADA, Formulario del hecho defunción – sin
causa de muerte (disponible desde 1978 hasta el presente)
_____ CANTIDAD COPIA CERTIFICADA, Formulario largo – Con causa de muerte

CERTIFICATE # _____

1. Nombre del difunto _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
2. Cónyuge de difunto _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
3. Fecha de fallecimiento _____
(Mes) (Día) (Año)
4. Lugar de fallecimiento _____ OREGON
(Ciudad) (Condado)
5. Nombre de la persona que solicita la partida _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)
6. Parentesco suyo con la persona en la línea 1 _____
7. Teléfono durante el día _____
8. Dirección _____
9. Ciudad/Estado/Código Postal _____

FILM _____
FILM (P) _____
COMPUTER _____
INDEXES _____
INDEX (P) _____
DF/CO _____

REFUND: \$ _____
Excess Fee: _____ Out/State _____
No Record: _____ Uncompleted: _____
CHECK # _____
DATE : _____

De acuerdo con la ley - ORS 432.121 el acceso a las partidas de defunción está restringido durante 50 años al los miembros, de la familia , sus representantes legales, agencias gubernamentales, personas autorizadas o registradas bajo ORS 703.430 y personas con derecho personal o de propiedad. Los tutores legales deben adjuntar una copia del documento legal. Si Ud. no es elegible, adjunte una nota de autorización escrita firmada por una persona elegible. La firma debe estar certificada por un notario publico.

Enviar a: **OREGON VITAL RECORDS**
PO BOX 14050
PORTLAND OR 97293-0050

FOR OFFICE USE ONLY

File Date	Amendment Fee
NRL/Ref Issued	Full Issued
Follow Up	Computer Copy

Haga los cheques o giros postales a favor de: **DHS/Vital records**
Por favor no envíe dinero en efectivo.

A los clientes internacionales: Sólo se aceptarán giros postales de los EE.UU. o cheques de viajero en dólares estadounidenses.

Si no se puede encontrar la partida solicitada, la tarifa de \$20 se debe retener para cubrir gastos de búsqueda, según lo dispuesto por el Reglamento Administrativo 333-011-0106 (2).

Para recibir información actualizada sobre los pedidos de partidas, llame al (971) 673-1190 o busque *Vital Records* en la página web de la División de Salud: **www.healthoregon.org/chs**

De Aviso: El proveer a sabiendas, información falsa es un delito mayor según ORS 432.900

Esta sección se separará y se usará para enviar la copia certificada de la partida a:

Nombre de la persona que solicita la partida _____

Calle _____

Ciudad/Estado/
Código Postal _____

↔ Su Dirección Postal