

KERN COUNTY DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

Oficina de Estadísticas Vitales

Solicitud de Certificado de Nacimiento

Nombre del bebé: _____

Fecha de nacimiento: _____ Hospital: _____

Nombre de soltera de la madre: _____

Nombre del padre: _____

Para recibir una Copia Certificada del registro identificado en este formulario, marque la relación apropiada y complete la Declaración Jurada a continuación. Si realiza esta solicitud a través del correo, debe tener su firma notariada e incluir un sobre con sello postal junto con su pago y este formulario de pedido.

- Yo
- Padre / tutor legal
- Abuelo or Abuela
- Hermano
- Abogado de registro
- Agencia de La Ley / Agencia de Gobierno

Si no se aplica ninguna de las relaciones mencionadas anteriormente y para recibir una Copia Certificada Informativa del registro identificado en este formulario, marque la casilla de abajo **solamente**. Si realiza esta solicitud a través del correo, incluya un sobre con sello postal, junto con su pago y este formulario de pedido.

- Me gustaría una Copia Informativa para el registro identificado en este formulario

Declaración jurada

Yo, _____, juro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California
(por favor escriba su nombre)

que yo soy una persona autorizada, como se define en la Sección de Salud de California y el Código de Seguridad

Jurado este _____ día de _____, _____ en _____, _____.
(día) (mes) (año) (ciudad) (estado)

Su firma: _____

Por favor haga los cheques a KCDPH y envíe por correo a:
Kern County Department of Public Health
Vital Statistics Office - 1st Floor
1800 Mt. Vernon Ave.
Bakersfield, CA 93306

Sólo para uso de oficina
Tipo de Identificación: _____
Número de Identificación: _____
LRN#: _____
#CC: _____ CC#: _____