



Acta de nacimiento
Formulario de solicitud
 Washington County
 Departamento de Salud y Servicios Humanos
 Informes y Registros Vitales
 155 North First Avenue, Sala 160, MS 5
 Hillsboro, Oregon 97124-3072
 (503) 846-3538

Favor de no llenar esta sección:
Fee Paid _____
Ck/Mo#/Cash _____
Transaction # _____
Received by _____

Applicant Signature

ACTA DE NACIMIENTO

Para solicitar un acta de nacimiento para individuos con una fecha de nacimiento mayor de seis meses de edad, comuníquese con la oficina de Informes y Registros Vitales del Estado ubicado en Pórtland.

El acta de nacimiento de su bebé no se le enviará automáticamente. El acta está disponible en ésta oficina de **10 días hasta seis meses** después de la fecha de nacimiento de su bebé. Para solicitar el acta, necesita llenar este formulario. Al llenarlo completamente, envíelo por correo o solicítelo en persona a la oficina de Informes y Registros Vitales del Condado de Washington. Los padres de familia deberán presentar una identificación válida al solicitar el acta de nacimiento en persona. Estamos ubicados en la Sala 160 en el primer piso del edificio 'Public Services Building' de Hillsboro.

El primer certificado del acta de nacimiento cuesta \$20.00 y \$15.00 por cada certificado adicional cuando se solicitan al mismo tiempo. Por favor haga su cheque o giro bancario pagadero a 'VITAL RECORDS'. Lamentamos que **no aceptamos tarjetas de débito o crédito.**

TARJETA DE SEGURO SOCIAL

La tarjeta de Seguro Social de su bebé le llegará a su domicilio en el transcurso de cuatro a seis semanas. Esta tarjeta se manda **automáticamente** por correo, a menos que usted haya indicado que desea solicitarla en persona. Para mayor información, favor de llamar a la oficina de la Administración del Seguro Social 1-800- 772-1213.

FAVOR DE LLENAR CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE		
Número de certificados: _____		
1. Nombre de bebé: _____		
Primer nombre	segundo nombre	apellidos
2. Fecha de nacimiento: _____ Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Mes / día / año		
3. Lugar de nacimiento: _____		
Hospital	Ciudad	
4. Nombre del padre: _____		
Primer nombre	segundo nombre	apellido
5. Nombre de la madre: _____		
Primer nombre	segundo nombre	apellido de soltera
6. Relación al bebé: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____		
7. Entregado a: _____ No. Tel.: _____		
Nombre		

Número y calle	ciudad	estado y código postal