

# Salud Pública de la Ciudad de Canton, Estadísticas Vitales

## SOLICITUD DE COPIAS CERTIFICADAS



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

**\*\*Aceptamos efectivo, cheque, giro postal, tarjeta de débito, Visa/Mastercard o tarjeta Discover.**

### **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO (solo para nacimientos en OHIO)** (Información sobre la persona en el registro solicitado)

<b>Nombre completo (indique el nombre completo del niño al nacer/adopción):</b> Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido(s)			<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<b>Número de copias solicitadas:</b> _____ x \$25.00 = \$ _____
<input type="checkbox"/> <b>Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre o Madre</b>	Primer Nombre      Segundo Nombre      Apellido(s)	<input type="checkbox"/> <b>Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre o Madre</b>	Primer Nombre      Segundo Nombre      Apellido(s)	

### **SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN (solo para defunciones en la Ciudad de CANTON)** (Información sobre la persona en el registro solicitado)

<b>Nombre completo al morir:</b> Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Apellido			<b>Fecha de Muerte:</b>	<b>Número de copias solicitadas:</b> _____ x \$25.00 = \$ _____
<p><b>Durante los primeros 5 años después de la fecha de defunción, el número de seguro social del difunto no se incluirá en el certificado de defunción a menos que el solicitante sea uno de los autorizados mencionados a continuación:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> <b>Espos(a) del difunto</b> (se requiere una copia de la identificación con fotografía del comprador)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Un descendiente lineal del fallecido: hijo, nieto, bisnieto</b> (se requiere una copia de la identificación con fotografía del comprador)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>El albacea, abogado o agente legal del difunto</b> (se requiere copia de los documentos de la corte)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Un representante de la agencia gubernamental de investigación</b> (debe mostrar su placa)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Un investigador privado</b> (debe mostrar su licencia)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Un director de funeraria (o agente responsable de la disposición del cuerpo) que actúa en nombre de la familia del difunto</b></li> <li><input type="checkbox"/> <b>Una oficina de servicios para veteranos</b> (debe presentar un gafete de empleado o una carta firmada y fechada en papel membretado oficial)</li> <li><input type="checkbox"/> <b>Un miembro acreditado de los medios de comunicación</b> (debe mostrar la credencial de empleado)</li> </ul>				

<b>Monto Total a Pagar:</b>	\$ _____
-----------------------------	----------

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

Por favor escriba claramente, ya que esto se usará para su recibo, dirección postal y/o contacto futuro para completar su solicitud de registro.

Nombre del comprador:		Correo electrónico:	
Dirección:		Número de teléfono:	
Ciudad, estado y código postal:		Firma del comprador:	

### **DIRECCIÓN DE ENVÍO**

Si envía por correo una solicitud al registro, envíe la solicitud completa con la tarifa requerida a:

**Canton City Public Health**  
Attn: Vital Statistics  
420 Market Ave N  
Canton, OH 44702  
(330) 489-3231  
[www.cantonhealth.org](http://www.cantonhealth.org)

### **SÓLO PARA USO DE OFICINA**

<b>Número(s) de auditoría:</b>	
<b>Completado por cuál empleado de CCHD (inicial de 3 letras):</b>	<b>Fecha:</b>