



**Aviso a todos los clientes de estadísticas vitales:**

De conformidad con el Código Revisado de Ohio 3705.29, es ilegal obtener, poseer, usar, vender, proporcionar o intentar obtener, poseer, usar, vender o proporcionar deliberadamente a otra persona con el fin de engañar cualquier certificado, registro o copia certificada de lo que se relaciona con el nacimiento de otra persona, ya sea viva o muerta.

**¿Quién puede pedir un registro?**

Los registros vitales (registros de nacimientos, fallecimientos y fallecimientos fetales) son registros públicos en Ohio. Esto significa que cualquier persona que pueda presentar los datos básicos de un registro puede solicitar una copia.

**Para pedir un registro:**

**Para obtener la respuesta más rápida, le recomendamos que haga su pedido en persona. Visite nuestro sitio web en [www.loraincountyhealth.com](http://www.loraincountyhealth.com) o [www.odh.ohio.gov/vs](http://www.odh.ohio.gov/vs) o llame a nuestro equipo de servicio al cliente al (440) 322-6367 para obtener instrucciones detalladas y una explicación más detallada de estas opciones.**

**Favor de completar un formulario de solicitud para cada registro o búsqueda solicitada. Favor de enviar sus solicitudes con toda la información de identificación disponible. Si no tiene suficiente información para permitirnos identificar el certificado, puede solicitar que se realice una búsqueda en lugar de solicitar una copia certificada del registro.**

**Certificados de nacimiento:**

Complete la parte de "Información del registro" de la solicitud con la información tal como cree que esté en el registro de nacimiento original. Si ha habido algún cambio en el nombre de la persona en el registro, proporcione también el nuevo nombre. Favor de identificar a los padres en el registro como "madre" o "padre," y proporcione sus nombres antes de su primer matrimonio (también conocido como apellido de soltera). Los registros de nacimiento se emitirán como resúmenes certificados a menos que indique que está solicitando la copia certificada con el propósito específico de obtener la doble ciudadanía, matrimonio o procedimientos legales internacionales o genealogía.

**Certificados de fallecimiento y números de seguro social:**

A partir del 15 de octubre de 2015, durante los primeros cinco años posteriores a la fecha de fallecimiento, no se incluirá el número de seguro social del fallecido/a en el certificado de fallecimiento, a menos que el/la solicitante sea:

- Esposo/a del difunto/a o descendiente lineal
- El/la ejecutor(a), abogado/a o agente legal del/de la difunto/a
- Un(a) representante de una agencia gubernamental de investigación
- Un(a) investigador(a) privado/a
- Un(a) director(a) de funeraria (o agente responsable de la disposición del cuerpo) que actúa en nombre de la familia del/de la difunto/a
- Un(a) oficial de servicio de veteranos
- Un(a) miembro/a acreditado/a de los medios de comunicación

**Las personas que soliciten un certificado de fallecimiento con el número de seguro social incluido deben indicar en su solicitud que solicitan que se incluya el número de seguro social y presentar una identificación satisfactoria al/a la registrador(a) o recepcionista.**

**Tarifas:**

De acuerdo con la sección 3705.24 del Código Revisado de Ohio, la ley nos exige cobrar una tarifa por cada copia certificada de un registro civil emitido. La tarifa en esta oficina por cada copia certificada de un registro de nacimiento, fallecimiento o fallecimiento fetal es de **\$25.00** por copia certificada.

# LORAIN COUNTY PUBLIC HEALTH

**9880 Murray Ridge Rd., Elyria, OH 44035 Teléfono: (440) 322-6367**

## SOLICITUD DE COPIAS CERTIFICADAS

### INFORMACIÓN DE REGISTRO: *(Información sobre la persona para la que solicita el registro)*

<b>Nombre completo en el certificado de nacimiento o fallecimiento:</b>			Si se cambió el nombre desde el nacimiento, indique el nuevo nombre: (es decir, adopción, cambio de nombre legal, paternidad, etc.)
Nombre	Segundo nombre	Apellido o apellido de soltera	
<b>Fecha de nacimiento:</b> y/o <b>Fecha de fallecimiento:</b>		<b>Ciudad y condado donde ocurrió el evento:</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre</b>	Nombre completo Segundo nombre completo Apellido o apellido de soltera	<input type="checkbox"/> <b>Madre</b> <input type="checkbox"/> <b>Padre</b>	Nombre completo Segundo nombre completo Apellido o apellido de soltera
<b>Cargos:</b> <span style="color: red;">\$25.00 POR COPIA CERTIFICADA</span> <span style="color: red;">Favor de incluir un sobre con estampilla y su dirección</span>			
<b>Nacimiento:</b>	Si no necesita un certificado de nacimiento por alguna de las siguientes razones, omite esta sección. De lo contrario, indique para qué se necesita el certificado: <input type="checkbox"/> La doble ciudadanía <input type="checkbox"/> Genealogía <input type="checkbox"/> Matrimonio fuera del país <input type="checkbox"/> Negocios legales internacionales		Número de copias solicitadas:  _____ x \$25.00 = \$ _____
<b>Fallecimiento:</b>	Todos los certificados de fallecimiento se emitirán sin un número de seguro social a menos que se proporcione una identificación que confirme que usted es uno de los solicitantes autorizados enumerados a continuación: <input type="checkbox"/> Esposo/a del difunto/a o descendiente lineal <input type="checkbox"/> El/la ejecutor(a), abogado/a o agente legal del difunto/a <input type="checkbox"/> Un(a) representante de una agencia gubernamental de investigación <input type="checkbox"/> Un(a) investigador(a) privado/a <input type="checkbox"/> Un(a) director(a) de funeraria (o agente responsable de la disposición del cuerpo) que actúa en nombre de la familia del difunto/a <input type="checkbox"/> Un(a) oficial de servicio de veteranos <input type="checkbox"/> Un(a) miembro/a acreditado/a de los medios de comunicación <b>Debe adjuntar una copia de su identificación que demuestre que es un(a) solicitante autorizado/a junto con una copia de una licencia de conducir válida.</b>		Número de copias solicitadas:  _____ x \$25.00 = \$ _____
<b>Fallecimiento fetal:</b>			Número de copias de registros de fallecimiento fetal solicitadas:  _____ x \$25.00 = \$ _____
<b>Total adeudado:</b>			\$ _____

### INFORMACIÓN DEL COMPRADOR(A): *(Información sobre la persona que solicita el registro)* Favor de escribir claramente en letra de imprenta, ya que esto se utilizará para su recibo, dirección postal y/o contacto futuro para completar su solicitud de registro.

Nombre del comprador(a):	Correo electrónico:
Dirección:	Número de teléfono:
Ciudad, estado y código postal:	Firma del/de la comprador(a):

#### DIRECCIÓN DE ENVÍO

Envíe la solicitud completa con la tarifa requerida a:  
Lorain County Public Health  
ATTN: VITAL STATISTICS  
9880 MURRAY RIDGE RD  
ELYRIA, OH 44035

#### SÓLO PARA USO DE OFICINA:

<b>Payment Type:</b>	<b>Date:</b>
<b>State File Number:</b>	<b>Paper Number:</b>