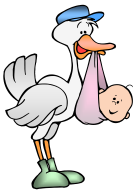

# Coos Health & Wellness ♦ Registro Civil

281 LaClair St. ♦ Coos Bay OR 97420 ♦ 541-266-6791

¡Felicidades por el nacimiento de su hijo!

Utilice este formulario para solicitar una copia oficial del certificado de nacimiento, directamente del Condado dentro **de los primeros 6 meses después del nacimiento.**

(Las solicitudes posteriores a la edad de 6 meses deben enviarse a Oregón Vital Records en Portland, OR).

Necesitará una copia certificada del certificado de nacimiento de su hijo en el futuro para la entrada a la escuela, deportes, obtener un número de seguro social, licencia de conducir, pasaporte, etc.

Nombre completo del Bebé: _____ _____ _____
(Baby's Full Name): Primer nombre (First name) Segundo nombre (Middle name) Apellido (Last name)

(DOB): Fecha nacimiento del Bebé: _____ Hora: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino
Mes/Día/Año (Time) (Male or Female)

(Place of Birth) Lugar de nacimiento:

_____
Hospital/Casa/Otro Ciudad Estado

Nombre completo de la Madre: _____
(Mother's Full Name) Primer nombre (First name) Segundo nombre (Middle name) Apellido de soltera (Maiden name) Apellido (Last name)

Dirección de la casa (Al momento del nacimiento del bebe):

_____
(Home address) Número de la casa Calle Ciudad Estado

Fecha de nacimiento de la Madre: _____ Lugar de nacimiento de la Madre: _____
(Mother's DOB) Mes/Día/Año (Mother's Place of Birth) Estado/País

Nombre completo del Padre: _____
(Fathers Full Name) Primer nombre (First name) Segundo nombre (Middle name) Apellido (Last name)

Fecha de nacimiento del Padre: _____ Lugar de nacimiento del Padre: _____
(Father's DOB) Mes/Día/Año (Father's Place of Birth) Estado/País

(Mother's Signature) **Firma de la Madre:** _____ (Date) **Fecha de hoy:** _____

(Father's Signature) **Firma del Padre:** _____ (Date) **Fecha de hoy:** _____

Número de teléfono de contacto: _____ ☐No, no deseo ordenar un certificado de nacimiento en este momento.

## *Costo: $25 por cada copia certificada*

☐ **Sí,** por favor envié ____ pedir copias certificadas de mi Acta de nacimiento de los bebés
Usted debe enviar con esta forma una copia de su identificación con foto y su pago.

Estoy adjuntando $_____ (Por favor haga su cheque * o giro postal a nombre de: **Coos Health & Wellness**)
**** Si paga con cheque personal, puede tomar hasta 15 días a partir del recibo del pago antes de que el expediente vital sea emitido.***

Pagar con tarjeta de crédito: _____ ☐VISA ☐MasterCard ☐Discover
Nombre en tarjeta de crédito

**Credit Card #_____ CVV #_____ Expiration (MM/YY) _____
** Si paga con tarjeta de crédito hay un costo de 2.49% o una tarifa mínima de conveniencia de $2.00.