



DEPARTAMENTO DE SALUD DE ARKANSAS
OFICINA DE REGISTROS VITALES

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO

Solo los nacimientos de Arkansas se registran en esta oficina. Antes del 1 de febrero de 1914, solo se archivó un número limitado de registros de nacimiento.

Los certificados de nacimiento se pueden solicitar en línea, por teléfono, por correo o en persona.

Cuando envíe esta solicitud por correo, incluya una copia de su identificación con foto junto con su pago al Departamento de Salud de Arkansas y envíela por correo a la dirección que figura en la sección de pago a continuación. Por favor espere 7-14 días para el procesamiento.

A continuación enumere todas las posibles fechas de nacimiento y nombres bajo los cuales se puede registrar el certificado. (en letra de imprenta o a máquina)

1.	Nombre Completo al Nacer	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido (s)		
2.	Fecha de Nacimiento	Mes	Día	Año	Sexo	Edad en el último cumpleaños
3.	Lugar de Nacimiento	Ciudad o Pueblo		Condado	Estado	
		Nombre del Hospital o Dirección				
4.	Nombre Completo del Padre	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido (s)		
5.	Nombre de soltera de la Madre (Antes de Contraer Matrimonio)	Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido (s)		

Si este niño ha sido adoptado, por favor dé el nombre original si se conoce.

Si se trata de un certificado retrasado, ¿cuándo fue archivado?

¿Cuál es su relación con la persona cuyo certificado solicita?

¿Cuál es la razón para solicitar este certificado?

La Persona Cuyo Certificado Solicita, ¿Todavía Vive? Sí No

Firma e información de contacto de la persona que solicita este certificado..

X

Firma

Fecha

Número de teléfono

Correo Electrónico

Se debe proporcionar una tarjeta válida de identificación con foto emitida por el gobierno para obtener un certificado de nacimiento.

Se acepta una copia de cualquiera de las siguientes formas de identificación con foto:

- Licencia de conducir o tarjeta de identificación emitida en EE. UU.
- Licencia de conducir o tarjeta de identificación de los territorios de EE. UU.
- Tarjeta de identificación tribal que contiene la firma de la persona (nota: algunas tarjetas no)
- Pasaporte (emitido en EE. UU. O en el extranjero)
- Visa: en el pasaporte (y la firma de la persona está en el pasaporte, no en la Visa)
- Tarjeta de residente extranjero (Formulario 1-551)
- Tarjeta de Autorización de Empleo (Formulario 1-766)
- Tarjeta de autorización de empleo (Formulario 1-688A)
- Tarjeta de Residencia Temporal (Formulario 1-688)

Cualquier persona que intencionalmente y con conocimiento haga una declaración falsa en una solicitud de copia certificada de un registro vital presentada en este estado está sujeta a una multa de no más de diez mil dólares (\$ 10,000) o encarcelada no más de cinco (5) años. , o ambos (Estatutos de Arkansas 20-18-105)

IMPRIMA el nombre y la dirección de la persona que recibe el certificado de nacimiento abajo:

COPIAS Y EL PAGO

- La primera copia cuesta \$ 12
- Cada copia adicional del mismo registro cuesta \$ 10
- **AVISO: Si ADH Vital Records no encuentra el registro del nacimiento solicitado, la tarifa de búsqueda de \$ 12 se mantendrá como un cargo de búsqueda.**
- **El pago DEBE enviarse con la solicitud.**

Puede obtener un registro de nacimiento de cuatro maneras:

En línea: Go to ar.gov/vitalrecords. Se aplicará una tarifa de procesamiento no reembolsable de \$ 5.00 y una tarifa de verificación de identidad de \$ 1.85 además de las opciones de envíos expeditos. Puede pagar con tarjeta de débito o crédito.

Teléfono: Llame gratis al (866) 209-9482. El pago de la tarifa de servicio, tarifa de certificado y cargos por cualquier opción de envío para entrega inmediata se puede hacer con tarjeta de débito o crédito (Visa, MasterCard, Discover o American Express).

Expedito: Visite la oficina de registros vitales en 4815 W, Markham St. Little Rock, AR 72205. Se aceptan pedidos para la emisión el mismo día de 8:00 a.m. a 4:15 p.m., de lunes a viernes.

Correo: Incluya: 1) Solicitud, 2) Copia de la identificación con foto y 3) cheque o giro postal (**NO ENVÍE EFECTIVO**) a nombre de: **Arkansas Department of Health**

Número de Copias Solicitadas _____
Cantidad incluida \$ _____

Enviar a: Arkansas Department of Health
4815 W. Markham St., Slot 44
Little Rock, AR 72205