

**GARFIELD COUNTY CLERK & RECORDER**

109 8<sup>th</sup> STREET SUITE 200  
GLENWOOD SPRINGS, CO 81601  
(970) 384-3700 X 4

**Solicitud Para Actas de Nacimiento Certificadas**

Comenzando el 1, de julio 2008  
Costo de la Acta \$17.75 la primera copia  
Cada adicional \$10.00 en la misma orden

Número de copias ordenadas:  
Por Correo: \_\_\_\_\_  
Aquí la espero \_\_\_\_\_.

Haga el Cheque a Nombre de: Garfield County Clerk

Nombre del solicitante _____		Razón del pedido: _____	
Domicilio Postal: _____			
Número y Calle o PO Box	Ciudad	Estado	CP
Domicilio Fízcal: _____			
(Donde Vive)	Número y Calle	Ciudad	Estado CP
SU Parentesco con la persona nombrada en la Acta: _____ ( )		Numero de Teléfono _____	
<small>Debe comprobar parentesco</small> <small>Conforme al Estatuto de Colorado, Revisado y Definido por el consejo de Colorado, en el reglamento de la Salud el solicitante debe tener un interés directo y tangible en la Acta solicitada. Las penalidades por obtener un documento con intención de fraude incluyen una multa de \$1000.00 o un año en la cárcel del Condado o ambas; multa y encarcelamiento. (1982, crs 25-2-118).</small>			
<b>FAVOR DE ADJUNTAR CON SU PEDIDO UNA COPIA DE SU LICENSIA DE MANEJAR POR LOS DOS LADOS, SU IDENTIFICACIÓN, O PASAPORTE, U OTRA IDENTIFICACION ACEPTABLE.</b>			
<b>He leído y entendido que hay penalidades por obtener documentos con intenciones fraudulentas.</b>			
FIRMA: _____		FECHA _____	

**INFORMACIÓN DE LA PERSONA NOMBRADA EL LA ACTA DE NACIMIENTO**

Nombre al nacer: _____			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	
Fecha de Nacimiento: _____			Ha fallecido esta Persona? Si _____ No _____
Mes	Día	Año	Lugar y Fecha _____
Sexo: Masculino _____ Femenino _____		Debe proveer Acta de Defunción	
Lugar de Nacimiento: _____			<b>COLORADO</b>
Ciudad	Condado		
Nombre Completo del Padre: _____			
Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	
Fecha de Nacimiento		Lugar De Nacimiento	
Nombre Completo de la Madre: _____			
Nombre	Segundo Nombre	APELLIDO DE SOLTERA	
Fecha De Nacimiento Mes – Día - Año		Lugar De Nacimiento	

POR FAVOR MARQUE AQUI SI SU BEBÉ NACIÓ MUERTO \_\_\_\_\_

**USO OFICIAL ÚNICAMENTE NO ESCRIBA ABAJO**

DATE: \_\_\_\_\_ Number of copies issued: \_\_\_\_\_  
Payment: \_\_\_\_\_ Cash \_\_\_\_\_ Check \_\_\_\_\_ C.C.  
Credit Card: \_\_\_\_\_ Card #: \_\_\_\_\_ Exp. Date: \_\_\_\_\_  
Certificate Numbers Issued: \_\_\_\_\_ ISSUED BY: \_\_\_\_\_