



# SAN MATEO COUNTY HEALTH – Office of Vital Records

1600 W. Hillsdale Blvd #203 San Mateo, CA 94402 Telephone 650.573.2395 [www.smchealth.org](http://www.smchealth.org)  
**ENVIAR SOLICITUD POR CORREO: P.O. BOX 5127 REDWOOD CITY, CA 94063**

## SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE ACTA DE DEFUNCION

### ACTA DE DEFUNCION

**\$26 cada certificado – En persona se acepta efectivo, cheque, VISA o MasterCard. Cheque or giro postal por correo solamente.**

Nuestra oficina solamente tiene acceso a documentos desde 1966-Presente, si solicita registros previos por favor comuníquese con Assessor-Clerk Recorder al 650-363-4500. Si la solicitud es para alguien que fue adoptado, comuníquese con CDPH al 916-445-2684 o [cdph.ca.gov](http://cdph.ca.gov)

El Código de Salud y Seguridad de California, Sección 103526, permite que solo las personas autorizadas como se define a continuación, reciban copias certificadas de los registros de nacimiento. Aquellos que no estén autorizados por la ley para recibir una copia certificada recibirán una copia certificada marcada como **"INFORMATIVO, NO UN DOCUMENTO VÁLIDO PARA ESTABLECER LA IDENTIDAD"**.

### Por favor indique si usted desea una Copia Oficial Certificada o una Copia Informativa

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Copia certificada oficial</b> (debe indicar su relación con la persona nombrada en el registro vital de la lista a continuación.) | <input type="checkbox"/> <b>Copia certificada informativa</b> (NO es necesario que seleccione de la lista a continuación para recibir una copia informativa.) |
|---|---|

### Yo soy: (Por favor marque el casillero correspondiente)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Un padre o tutor legal de la persona inscrita.  | <input type="checkbox"/> Un hijo(a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), conyuge o pareja domestica de la persona inscrita.  |
| <input type="checkbox"/> Un abogado que represente al registrante o al patrimonio del registrante, o cualquier persona o agencia facultada por ley o designada por un tribunal para actuar en nombre del registrante o del patrimonio del registrante.   | <input type="checkbox"/> Una persona con derecho a recibir el registro como resultado de una orden judicial o un abogado o una agencia de adopción que busca el registro de defunción para cumplir con los requisitos de la Sección 3140 o 7603 del Código de Familia |
| <input type="checkbox"/> Familiares sobrevivientes, como se especifica en el parrafo 6 de la Seccion 7100 del Codigo de Salud y Seguridad. Conyuge competente sobreviviente, padre(s), hijo(a) adulto(s), hermano(a) adulto(s), persona(s) adultas(s) respectivamente en el siguiente grado de parentesco. | <input type="checkbox"/> Un miembro de una agencia policial o un representante de otra agencia gubernamental, según lo dispuesto por la ley, que está llevando a cabo negocios oficiales.   |
| <input type="checkbox"/> Una persona apoderado/a con el cuidado de la salud que tiene el derecho y el deber de disposicion.  |   |
| <input type="checkbox"/> Conservador(a) de la persona o patrimonio designado segun la parte 3 de la Division 4 del código testamentario.   |   |

### INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA)

Nombre en letra de imprenta de la persona que está llenando esta solicitud			
Dirección de Casa – Número, Nombre de la calle		Ciudad	Código Postal
Numero de teléfono		Motivo de la solicitud	
Nombre de la persona que recibirá las copias – si no es la misma persona que está llenando esta solicitud			
Dirección postal – si es diferente al anterior		Ciudad	Código Postal
Número de copias que está comprando	Cantidad de dinero en dólares que se adjunta- Cheque a nombre de <b>Office of Vital Records</b> \$	Numero de Licencia de Conducir (u otro documento de identificación del gobierno)	

### INFORMACIÓN DEL CERTIFICADO (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA DE IMPRENTA O A MÁQUINA)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido
Ciudad de defuncion	Condado de defuncion	
Fecha de defuncion – Mes/Día/Año	Nombre del conyuge sobreviviente: esposo, esposa o pareja domestica registrada del difunto	

# DECLARACIÓN JURADA

YO, \_\_\_\_\_, declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de California, que estoy autorizado/a, como se indica en California Health and Safety Code Section 103526©, y tengo derecho a recibir una copia certificada del registro de nacimiento o de defunción de la siguiente persona:

Nombre de la persona que aparece en el Certificado	Relación del solicitante con la persona que aparece en el Certificado.

**La información restante debe ser llenada ante la presencia de un Notario Público o del personal de la Oficina de Vital Statistics**

Firmado el \_\_\_\_\_ día del mes de \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_, en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_.

(día) (mes) (ciudad) (estado)

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

**Nota: Si envía su solicitud por correo, debe enviar su Declaración Jurada, la cual deberá ser notarizada usando el Certificate of Acknowledgement que aparece debajo. El Certificate of Acknowledgement deberá ser llenado por un Notario Público. (Un miembro de una agencia policial y agencias estatales y gubernamentales están exentos del requisito de certificación por un notario.)**

## CERTIFICATE OF ACKNOWLEDGEMENT

A notary public or other officer completing this certificate verifies only the identity of the individual who signed the document to which this certificate is attached, and not the truthfulness, accuracy, or validity of that document.

State of \_\_\_\_\_)

County of \_\_\_\_\_)

On \_\_\_\_\_ before me, \_\_\_\_\_, personally appeared \_\_\_\_\_  
(Insert name and title of the officer)

who proved to me on the basis of satisfactory evidence to be the person(s) whose name(s) is/are subscribed to the within instrument and acknowledged to me that he/she/they executed the same in his/her/their authorized capacity(ies), and that by his/her/their signature(s) on the instrument the person(s), or the entity upon behalf of which the person(s) acted, executed the instrument.

**I certify under PENALTY OF PERJURY under the laws of the State of California that the foregoing paragraph is true and correct.**

WITNESS my hand and official seal.

(Notary Seal - Must be Legible)

\_\_\_\_\_  
Notary Signature

**\*La Oficina de Registros Vitales no es responsable de lo registros perdidos en transito por el Servicio Postal de los Estados Unidos, FedEx o cualquier otro servicio y no proporcionara certificados de reemplazo sin cubrir el costo de los certificados de nuevo. El solicitante puede proporcionar un sobre con acuse de recibo para el envoi por correo de los certificados solicitados para garantizar la entrega.**