



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGISTRO DEMOGRÁFICO

118297

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE MATRIMONIO

Ley 203: _____

Ley 331: _____

Literal: _____

Fecha: _____

Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre del Contrayente A:	Sexo: ☐ M / ☐ F
Primer Apellido	Segundo Apellido	Nombre del Contrayente B:	Sexo: ☐ M / ☐ F
Fecha de Matrimonio:		Municipio donde se casaron:	
Municipio donde se expidió la Licencia de Matrimonio			
Nombre completo del solicitante:		Parte Interesada - Solicitante Cualificado: ☐ Contrayente ☐ Persona Autorizada ☐ Rep. Legal ☐ Miembro Sucesión ☐ Otros	
Firma:		Propósito de la solicitud:	
Dirección física del solicitante:		Número de Sello de Rentas Internas: (Favor retener recibo del sello entregado, si aplica)	
Tel:		Cel:	

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Identificación: Licencia: _____ ID Estado: _____ Pasaporte: _____ Rúa o Colegiado: _____ Otros: _____ ☐ Recibo Utilidades ☐ Tarjeta Plan Médico ☐ ID Trabajo	Número de copias solicitadas: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Otros Sellos de Rentas Internas incluidos: ____ \$10.00 Copia Literal: ☐ ____ \$15.00 ____ \$10.00 Libre de costo: ☐ Ley 331 ☐ Ley 203	Número de Certificado: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
Fecha: D / M / A Firma Expedidor: _____ Firma quien revisó: _____	Año: _____ Vol: _____ Nacional: _____ Control: _____ Certificado: _____	

Matrimonio 118297
Fecha de Recogido: _____
Nombre Solicitante: _____

Matrimonio 118297
Fecha de Recogido: _____
Nombre Solicitante: _____