

ADVERTENCIA: Toda información y/o declaración provista en esta solicitud de evento vital, estará sujeta a verificación. Cualquier falta de representación u omisión conciente o información falsa, puede ser motivo de descalificación para emitir esta certificación. También podrá ser procesado penalmente por los artículos 211, 23 al 217, 271, 272, 273 del Código Penal de Puerto Rico Ley Núm. 146 de 2012, según enmendada.

Departamento de Salud
RD-36 Rev. feb. 2025



GOBIERNO DE PUERTO RICO
DEPARTAMENTO DE SALUD
REGISTRO DEMOGRÁFICO

680788

SOLICITUD PARA CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO

Fecha: _____

Primer Apellido :	Segundo Apellido:	Nombre de Inscrito (a) :	Sexo: ☐ M / ☐ F
Fecha en que nació:		Municipio donde nació:	
		Hospital donde nació:	
Nombre de: ☐ Padre ☐ Madre		Nombre de: ☐ Padre ☐ Madre	
Nombre completo de Solicitante:		Parte Interesada Solicitante Cualificado:	
		☐ Inscrito (a) ☐ Padre ☐ Madre ☐ Hijos	
		☐ Rep. Legal ☐ Miembro Sucesión ☐ Otros ☐ Persona Autorizada	
Firma de Solicitante:		Propósito de la Solicitud:	
Dirección Física de Solicitante:			
Tel: _____	Cel: _____	Número de Sello de Rentas Internas: (Favor retener recibo del sello entregado, si aplica)	

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

Identificación:	Número de Copias Solicitadas:	Número de Certificado:
Licencia: _____	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	1. _____
ID Estado: _____	Sellos de Rentas Internas Incluidos:	2. _____
Pasaporte: _____	_____ \$5.00 _____ \$10.00	3. _____
RUA o Colegiado: _____	Copia Literal: ☐	
Otros: _____	_____ \$15.00 _____ \$10.00	
☐ Recibo Utilidades ☐ Tarjeta Plan Médico ☐ ID Trabajo	Libre de Costo:	
Firma de quien expide: _____	☐ OA. CHS ☐ Ley 1 ☐ Ley 75	
Fecha: D / M / A	☐ Ley 331 _____ Otro	
Firma de quien revisa: _____	☐ Ley 203	

Año: _____ Volumen: _____ Nacional: _____ Control: _____ Certificado: _____

Observaciones: