State of Nevada
Health Division
Bureau of Health Planning and Statistics
Office of Vital Records and Statistics
4150 Technology Way, Suite 104
Carson City, Nevada 89706
Telephone (775)684-4242

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DEFUNCION

☐ **$20.00 por copia certificada** **Número de copias**_____

☐ **$10.00 Búsqueda de /verificación de antecedentes**

El cheque or giro postal pagadero a la order de Nevada Vital Records

_____

****** FOTOCOPIA DE IDENTIFICACION ES REQUERIDA. EL PAGO TIENE QUE ACOMPANAR LA SOLICITUD ******

Nombre completo del difunto: _____

Fecha de fallecimiento: _____**Numero del seguro social:**_____

Lugar de fallecimiento: _____

Nombre del padre: _____

Nombre de soltera de la madre:_____

Nombre de la funeraria: _____

NRS 440.650 y 440.070 de NAC requieren que a fin de recibir una copia certificada de un registro de defuncion es necesario establecerse una **relación** o una necesidad para facilitar un **proceso legal**.

Relacion con el difunto y su necesidad legal: _____

_____

Firma del solicitante: _____

Nombre y dirección (a maquina o en letra de imprenta): _____

_____

_____

_____

SÓLO CON FINES DE OFICINA

Amount received_____ **Receipt number**_____

No. of copies issued _____ **Date**_____

(Rev.12/01/2010)