

*****Solicitudes por correo:** Por favor proporcione una copia de su identificación fotográfica junto con un sobre con su dirección y estampilla para asegurar la correcta entrega de su solicitud. El Departamento de Salud del Condado de LaPorte no se hace responsable por correo perdido o no entregado enviado a través del Servicio Postal de los Estados Unidos.

Ordene su certificado de nacimiento en: www.vitalchek.com

SOLAMENTE EFECTIVO

LaPorte County Health Department

Sandra Deausy, MD –
Oficial de Salud

LaPorte Office Information / Michigan City Office Information
302 W 8th St. Suite 4/ 300 Washington St., Suite 106
Michigan City, IN 46360/ Michigan City, IN 46360

Amanda Lahners, REHS/RS
- Administrador

Phone: (219) 325-5563 or (219) 326-6808, x 2200/ Phone: (219) 809-0515 or (219) 874-5611, x 7780
Fax: (219) 325-8628 / Fax: (219) 873-3018

Número de certificados: _____
SOLAMENTE EFECTIVO \$15.00 por
cada certificado

**Debe haber nacido en
el Condado de LaPorte
SE REQUIERE IDENTIFICACIÓN
CON FOTOGRAFÍA
DEBE TENER 18 AÑOS DE EDAD**

AVISO: Falsa aplicación, alteración, mutilación o falsificar un Certificado de Nacimiento de Indiana es un delito penal bajo IC-15-1-19-6.

INFORMACION DE NACIMIENTO – Por favor imprimir

NOMBRE COMPLETO AL NACIMIENTO: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido (DE SOLTERA)

¿Ha tenido esta persona un cambio de nombre LEGAL? *Nombre nuevo* – _____

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ EDAD: ____ NACIDO EN: ____ LAPORTE ____ MICHIGAN CITY
Ahora

PADRE: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Estado/País (si se sabe)

MOTHER: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido de soltera Estado/País (si se sabe)

Información actual – Por favor imprimir

PROPÓSITO PARA EL CUAL SE UTILIZARÁ EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO:

BMV ____ PASAPORTE ____ EMPLEO ____ ESCUELA ____ SEGURO SOCIAL ____ ARCHIVOS PERSONALES ____

Certificados de Nacimiento Sellados son emitidos a los individuos nombrados arriba (si es mayor de 18 años) o sus padres, abuelos, hermano(a)s, cónyuge, hijo(a)s, o tutor.

FECHA DE HOY: ____/____/____ NÚMERO TELEFÓNICO: (____) _____

RELACIÓN CON LA PERSONA NOMBRADA ANTERIORMENTE (Información de nacimiento):

SÍ MISMO ____ CÓNYUGE ____ PADRE ____ ABUELO ____ HERMANO/HERMANA ____ HIJO/HIJA ____

OTRO (ESPECIFICAR) _____

NOMBRE IMPRESO: _____ FIRMA: _____

DIRECCIÓN: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

USO DE OFICINA SOLAMENTE:

DRIVER'S LICENSE NO: _____ OTHER FORM OF ID: _____

ADDRESS ON LICENSE: _____ SAME ____ OTHER: _____

BOOK # _____ STATE # / PG # _____ LOCAL # _____ FILE DATE _____