



Se requiere
identificación.

Aplicación para Certificados de Defunción

Precio del Certificado de Defunción (por solicitud)	Por la Adquisición del Primer Certificado \$33.00	Cada Copia Adicional \$20.00
--	--	---------------------------------

Número de copias _____ ¿Es éste un certificado de defunción fetal?

\$10 Búsqueda/Verificación de la Búsqueda/ la verificación no incluye una copia.

Nombre Completo del Difunto: _____

Día que falleció : _____

Fecha de Nacimiento del Difunto: _____

Nombre del Padre del Difunto: _____

Nombre de la Madre del Difunto: _____

Funeraria: _____

De acuerdo a [NRS 440.650](#) y [NAC 440.070](#) se requiere establecer la relación o necesidad para facilitar este documento legal y de esta manera recibir una copia.

Para recibir una copia del certificado yo soy:

- Los Padres, hijo, abuelos, nieto, hermano o hermana, esposa o pareja domestica registrada del difunto/a. Especifique: _____
- Una persona autorizada recibir el certificado como resultado de una orden de la corte o un abogado que busque el certificado para cumplir un trámite legal.
- Un abogado que represente los bienes del fallecido, o cualquier persona o agencia por los estatutos o designada por la corte para actuar en representación del difunto o los bienes del mismo.
- Una persona que se le otorgan los derechos un poder legal, o y para ejecutar los derechos de los bienes del fallecido. (Por favor incluya una copia del poder legal o cualquier otro documento que lo identifiquen como ejecutor)
- Miembro de las fuerzas de orden público o representante de otra agencia de gobierno que como estipula la ley, estoy el cumplimiento de mi trabajo. **(Las compañías que representen a agencias del gobierno tienen que presentar la autorización de las agencias del gobierno.)**
- Otras: _____

Nota: De acuerdo a la ley de Nevada la posesión, venta o transferencia de identidad es penalizado por la ley. [NRS 205.465](#)

Tu nombre: _____

Tu dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____ Numero de teléfono: _____

Firmando este documento declaro bajo juramento de castigo de perjurio y bajo la ley del estado de Nevada, Que soy la persona autorizada como se define en los Estatuto Revisados de Nevada 440.650 y en los Códigos Administrativos de Nevada 440.070 y que soy elegible para recibir una copia del certificado de nacimiento de la persona mencionada anteriormen

Firma del Aplicante: _____

Fecha: _____

enviar a: Southern Nevada Health District – Vital Records Office

Attn: Vital Records

PO Box 3902 | Las Vegas, NV 89127

(702) 759-1010 Fax (702) 759-1421 | <http://www.SNHD.info>

**Distrito de Salud del Sur de Nevada
Registro Civil
P.O. Box 3902
Las Vegas, NV 89127**

**ANTES DE ENVIAR SU SOLICITUD POR FAVOR ASEGURECE
QUE LO SIGUIENTE ESTE INCLUIDO EN EL SOBRE:**

- ALPICACION PARA LOS CERTIFICADOS DE DEFUNCION, COMPLETA Y ELEGIBLE**
Incluya: la firma, fecha y la dirección de retorno correctamente

- PAGOS**

Deberán hacer por giros postales o cheques bancarios. A pagar a SNHD o Southern Nevada Health District. (Giros postales incompletos o incorrectos se devolverán)

*****NO ACEPTAN CHEQUES PERSONALES*****

- COPIA CLARA DE UNA IDENTIFICACION OFICIAL CON FOTO**
Ej. Licencia de Manejar, Pasaporte, Identificación Militar, Matricula Consular