DEPARTAMENTO DE SALUD DE TENNESSEE
OFICINA DE REGISTROS VITALES

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE PARTIDA DE DEFUNCIÓN

Fecha: _____ [redacted]

Número de copias _____
Incluye [redacted] dólares por cada copia solicitada. $15.00

Nombre del difunto: _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido(s)

Fecha de la defunción: _____ **Sexo:** Masculino o Femenino **Edad cuando murió:** _____
Mes Día Año

Adonde ocurrió la defunción: _____
Ciudad Condado Estado

Funeraria: _____

Local de la funeraria: _____
Ciudad Condado Estado

Firma de la persona que solicita la información: _____

Relación con el difunto: _____

El propósito de esta copia: _____

La causa de la muerte está solamente a la disposición del padre, del hijo o de la esposa del difunto, o de un abogado o agencia que funciona en nombre del patrimonio del difunto o de un miembro de la familia que esté autorizado. Si usted ha solicitado causa de la muerte, por favor remita una fotocopia de una planilla de identificación emitida por el gobierno que incluya su firma. También se debe remitir copias de cualquier documento legal, donde convenga.

¿Usted quisiera que el certificado demostrara la causa de la muerte? ☐ Sí ☐ No

El número telefónico donde podemos comunicarnos: (____) _____

ES ILEGAL HACER ALGUNA DECLARACIÓN FALSA CON CONOCIMIENTO DE CAUSA Y VOLUNTARIAMENTE EN ESTA SOLICITUD.
*** Se necesita identificación oficial del gobierno con su firma**

Se cobra una cuota de $7.00 por la búsqueda de los registros aún cuando no se encuentren e incluye una copia si el registro se archivó en esta oficina. Si el certificado no se encuentra con la fecha de la muerte que usted provee, se hará una búsqueda en los archivos del año anterior y del año después de la fecha indicada; esta búsqueda es rutinaria y se incluye en el pago de los [redacted] No envíe efectivo. Envíe un cheque o Money Order pagadero al Tennessee Vital Records. Si no ha recibido una respuesta dentro de 45 días, por favor escriba o llame al Tennessee Vital Records al 615-741-1763.

PH-1663 (Rev. 03/05) RDA S836.1

LLENE ABAJO/NO LO SEPARE

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE el nombre y la dirección de la persona que recibirá la copia certificada

_____
Nombre

_____
Dirección o ruta

_____
Ciudad y estado **Código postal**

ENVÍE A:

Office of Vital Records
Andrew Johnson Tower
1st Floor
710 James Robertson Parkway
Nashville, TN 37243