



Solicitud de Búsqueda de Archivos de Nacimiento de un Bebé Difunto

Sección A – Datos del nacimiento		
NOMBRE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
LUGAR DE NACIMIENTO (Hospital, Ciudad o Municipalidad, Condado)		
FECHA DE NACIMIENTO (Mes, Día, Año)	SEXO	NÚMERO DEL ARCHIVO DE NACIMIENTO (si se sabe)
NOMBRE LEGAL ACTUAL DEL PADRE/PROGENITOR (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
NOMBRE DEL PADRE/PROGENITOR ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO/UNIÓN CIVIL (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
NOMBRE LEGAL ACTUAL DE LA MADRE/PROGENITOR (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
NOMBRE DE LA MADRE/PROGENITOR ANTES DEL PRIMER MATRIMONIO/UNIÓN CIVIL (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)		
Sección B – Datos del niño	Sección C - Datos del solicitante	
NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL BEBÉ (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	NOMBRE (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	
	DIRECCIÓN POSTAL	
NACIMIENTO (Mes, Día, Año)	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	
LUGAR DE DEFUNCIÓN (Ciudad, Estado)	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	
¿ES USTED LA MADRE DEL BEBÉ DIFUNTO? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	NÚMERO DE LICENCIA DEL CONDUCTOR O DE IDENTIFICACIÓN ESTATAL	ESTADO DE EMISIÓN
Yo afirmo, so pena de sanción por perjurio, que las representaciones que aparecen en la presente solicitud son verídicas, según mi mejor conocimiento y creencia.		
		Número telefónico del empleo _____
		Número telefónico del hogar _____
Firma _____	Fecha _____	
Copia certificada \$15.00	He recibido al menos una copia certificada de este archivo antes de presentar esta solicitud. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Instrucciones de la solicitud

La solicitud debe ser completada por la madre cuyo nombre aparece en el acta de nacimiento del niño difunto, quien falleció dentro de los 90 días de nacimiento. Además, la solicitud debe hacerse dentro de los nueve meses a partir de la fecha de defunción.

Sólo la madre del niño cuyo nombre aparece en el acta de nacimiento puede pedir una copia certificada del acta de nacimiento en la que no aparece el texto "DIFUNTO". La copia certificada cuesta \$15.00. La solicitud debe llenarse en su totalidad con datos en todos los espacios, en caso contrario, tal solicitud será devuelta al solicitante.

NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO - Destine un cheque o giro postal a Illinois Department of Public Health.

Envíelo a: Division of Vital Records
925 E. Ridgely Ave.
Springfield, IL 62702-2737