



**ACTA DE DEFUNCIÓN  
LEA Y COMPLETE ESTE FORMULARIO ANTES DE PONERSE EN LA LÍNEA  
USTED DEBE FIRMAR LA DECLARACIÓN JURADA SI USTED ESTÁ SOLICITANDO UNA  
COPIA CERTIFICADA**

**DEPARTAMENTO DE SALUD PÚBLICA DE SAN FRANCISCO  
SOLICITUD DE ACTA DE DEFUNCIÓN / REGISTRO VITAL**

**Esta oficina solamente tiene acceso a los registros de las personas que fallecieron en la Ciudad y / o en el Condado de San Francisco.**

- COPIA INFORMATIVA SOLAMENTE - NO SE PUEDE USAR PARA PROPOSITO DE IDENTIFICARSE**
- COPIA CERTIFICADA \* - Soy elegible para solicitar una copia certificada porque soy:**
  - El padre/madre o el tutor legal de la persona fallecida (la persona que aparece en el certificado)
  - Un miembro con derecho a recibir el registro como resultado de una orden judicial. (Debe presentar una copia de la orden judicial)
  - Un miembro de una agencia policial o un representante de otra agencia gubernamental, según lo dispuesto por la ley, que esté llevando a cabo un negocio oficial. (Las empresas que representan a una agencia gubernamental deben proporcionar la autorización de la agencia gubernamental)
  - Un hijo (a), abuelo(a), nieto(a), hermano(a), cónyuge o pareja doméstica del registrante.
  - Un abogado que represente al registrante o al patrimonio del registrante, o cualquier persona o organismo autorizado por ley o designado por un tribunal para actuar en el nombre del registrante o del patrimonio del registrante. (Usted debe presentar evidencia de que usted gerencia el testamento) Si está solicitando una copia certificada bajo un poder, por favor incluya una copia del poder con este formulario de solicitud.
  - Cualquier agente o empleado de un establecimiento funerario que actúe dentro del curso de su empleo y que ordene copias certificadas de una acta de defunción en nombre de una persona especificada en los párrafos 1) a 5), inclusive, de la subdivisión ( A) de la Sección 7100 del Código de Salud y Seguridad.

SU NOMBRE	FECHA	NÚMERO DE TELÉFONO

**DECLARACIÓN JURADA - Copia certificada solamente**

**Declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de California, que yo (Firma) \_\_\_\_\_, soy una persona autorizada, como se define en la Sección 103526 (c) del Código de Salud y Seguridad de California y soy elegible para recibir una copia certificada de el registro de fallecimiento de la persona indicada a continuación. Soy la \* \_\_\_\_\_ (relación con el difunto) de la siguiente persona.**

NÚMERO DE COPIAS \_\_\_\_\_ (\$ 24 POR COPIA)

PRIMER NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA :		SEGUNDO NOMBRE DE LA PERSONA FALLECIDA:	FECHA DEL FALLECIMIENTO MES      DIA      AÑO APELLIDO DE LA PERSONA FALLECIDA

**EL FALLECIMIENTO DEBE DE HABER OCURRIDO EN LA CIUDAD Y CONDADO DE SAN FRANCISCO**

Uso de la oficina solamente	ORDEN #:	LFN:
-----------------------------	----------	------