



# SOLICITUD DE PARTIDA DE DEFUNCIÓN DE FLORIDA

## Hillsborough County Health Department

### Vital Statistics

(Para Uso de la Oficina Local Solamente)

NOMBRE DEL DIFUNTO (Registrante)	1° NOMBRE	2° NOMBRE	APELLIDO	SEXO	
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (si lo conoce)		AÑO DE DEFUNCIÓN - MES	DÍA	AÑO (4 DÍGITOS)	SI DESCONOCE EL AÑO, ESPECIFIQUE EL RANGO DE AÑOS DE BÚSQUEDA
<b>FLORIDA</b>	LUGAR DE DEFUNCIÓN - CIUDAD	CONDADO (REQUERIDO)		ARCHIVO DE DEFUNCIÓN N° (si lo conoce)	
NOMBRE Y DOMICILIO DE LA CASA FUNERARIA	NOMBRE	DOMICILIO (CIUDAD)			

**IMPORTANTE: Lea toda la solicitud antes de completarla. La causa de muerte es confidencial. Obtener y utilizar una partida de defunción de Florida para propósitos falsos o fraudulentos es un delito de tercer grado, punible conforme los términos y condiciones establecidos en los Estatutos de Florida.**

	Cantidad		Monto
Una cuota de <b>\$10.00</b> da derecho al solicitante a una certificación de la partida de defunción.			
Es esta una muerte fetal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Necesita que la causa de muerte esté en la primera certificación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Cantidad con causa de defuncion _____	_____		\$ _____
Cantidad sin causa de defuncion _____	_____	X	\$ _____
Cubierto Plastico \$3.00 _____	_____	X	\$ _____

<b>AÑO/S ADICIONAL/ES DE BÚSQUEDA:</b> una cuota de <b>\$10.00</b> por el primer año	Indique Número de Años de búsqueda en la 2da casilla	\$10.00				
\$2.00 por cada ano despues del primero.		\$ 2.00	X	_____	=	\$ _____

**SOLICITUDES URGENTES (Opcional):** \$10.00 por orden. El sobre debe estar marcado como "URGENTE".  Si  No \$ \_\_\_\_\_

(Para solicitudes con tarjeta de crédito dirjase a la sección "Opciones para Servicio Urgente")

**ENVIE GIRO BANCARIO PAGADERO A Vital Statistics en Dólares (NO ENVIE DINERO)** \_\_\_\_\_

**NO SE ACEPTA CHEQUES PERSONALES**

**ENVIE SOLICITUD A:** Hillsborough County Health Department, Office of Vital Statistics, P.O. Box 5135, Tampa, FL 33675-5135

Nombre del Solicitante A MÁQUINA O EN IMPRENTA	1° NOMBRE	2° NOMBRE	APELLIDO	SUFJO
<b>Director Funerario/ Abogado como Solicitante de Información de Causa de Defunción</b>	NÚMERO DE LICENCIA	CASA FUNERARIA DE REGISTRO <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTADA
	RELACIÓN DEL DIFUNTO CON EL ESTADO	FIRMA DEL SOLICITANTE		
NÚMERO DE TELÉFONO CASA ( )	DOMICILIO DE RESIDENCIA (CALLE Y APTO.)			
NÚMERO DE TELÉFONO TRABAJO ( )	CIUDAD		ESTADO	COD POSTAL

**Cuando se solicita información de la causa de defunción, el solicitante debe declarar la relación con el difunto y proveer una foto de identificación como una licencia de conducir, una tarjeta de identificación estatal, un pasaporte, o una tarjeta de identificación militar.**

[ ] Marque este bloque si desea que la/s certificacion/es sean enviadas a un domicilio diferente. Se provee espacio en el reverso de este formulario para que coloque nombre y domicilio de la persona a la cual deben enviarse los certificados de defunción, si no es el solicitante.

## INFORMACIÓN E INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE PARTIDA DE DEFUNCIÓN

**DISPONIBILIDAD:** Hasta 1917 la ley estadual no requería el registro de las defunciones, aunque hay algunos registros en archivo que datan de 1877.

**ELIGIBILIDAD:** Puede emitirse una copia certificada de partida de defunción sin causa de muerte a cualquier persona mayor de edad (18).

**SIN CAUSA DE DEFUNCIÓN:** Se puede emitir copia certificada de partida de defunción sin causa de muerte a cualquier persona mayor de edad (18).

**INFORMACIÓN DE LA CAUSA DE DEFUNCIÓN:** Sólo se pueden emitir partidas de defunción con información de la causa de muerte a los siguientes individuos: el cónyuge o padres del difunto, los hijos, nietos o hermanos mayores de edad del difunto; a cualquier persona que provea un testamento, póliza de seguros u otro documento que acredite su interés en el estado del difunto, o a cualquier persona que provea documentación de que actúa en representación de cualquiera de las personas arriba mencionadas. Todas las solicitudes de certificados de defunción que incluyan información de la causa de muerte deben incluir la firma del solicitante, señalar su clasificación de elegibilidad, o una Declaración Jurada para Divulgar Información de la Causa de Defunción autorizada por notario (Formulario DH 1959), disponible a solicitud. Si luego de leer la información arriba mencionada todavía tiene dudas respecto a su elegibilidad para información sobre la causa de defunción, llame a nuestra oficina (813) 307-8002 para solicitar ayuda.

El director funerario asociado con la casa funeraria que figura en la partida de defunción, o el abogado que representa a una persona elegible arriba señalada, debe incluir su firma, número de licencia profesional, y el nombre y relación de la persona que representan. Si usted es un director funerario **no** asociado con una casa funeraria mencionada en la partida de defunción, o un abogado que no representa a alguna persona de las arriba mencionadas como elegible para recibir la información de causa de defunción, entonces debe acompañar esta solicitud con una Declaración Jurada para Divulgar la Información de Causa de Defunción completa (Formulario DH 1959).

La información de causa de defunción, en registros de defunción de más de 50 años de antigüedad, está disponible para cualquier persona que complete una solicitud y envíe la cuota requerida. Estos años son disponibles por la oficina central, telefono (904) 359-6900.

**NOTA:** Los funcionarios de la corte de Florida no aceptan una partida de defunción sin información de la causa de muerte para validar testamentos.

**NO REEMBOLSABLE:** Las tarifas de certificados de vida no tienen reembolso, con una excepción. Las cuotas pagadas por copias adicionales cuando no se encuentre registro serán reembolsadas si media pedido por escrito.

**FECHA DE DEFUNCIÓN:** Si se desconoce la fecha de defunción, se buscará en todo el año especificado.

**INFORMACIÓN REQUERIDA:** No se puede realizar una búsqueda sin el nombre y año de fallecimiento del difunto. Si no dispone de alguno de los otros items solicitados en el frente de este formulario, alguna otra información de identificación (como el nombre de los padres, lugar de nacimiento, etc.) puede resultar útil cuando se encuentren múltiples registros para nombres comunes.

**FIRMA DEL SOLICITANTE:** Se requiere la firma del solicitante, su nombre, domicilio válido de residencia y número de teléfono.

**TIEMPO DE TRAMITACIÓN:** El tiempo normal de respuesta es de 10 a 14 días. El tiempo de tramitación varía, según el volumen de trabajo recibido y los recursos disponibles.

### OPCIONES PARA SERVICIO URGENTE:

- **TARJETAS DE CRÉDITO:** Actualmente, la oficina estadual no permite aceptar tarjetas de crédito, pero existe una empresa privada que acepta dichos pagos con un cargo de \$5.00 y transfiere la orden a Vital Statistics. Llame al (813-307-8002) o por fax (813) 903-3370.
- **POR CORRESPONDENCIA:** Los pedidos marcados en el sobre como URGENTE y con una tarifa de \$10 por urgencia adjunta serán respondidas dentro de los tres días hábiles de su recepción, y enviados por correspondencia regular, siempre que la solicitud y la partida estén completas y en orden. El marco de tiempo de tres días no incluye los requisitos de tránsito postal, por lo tanto agregue de 4 a 5 días de tránsito postal cuando calcule el tiempo de respuesta para este tipo de servicio. Esto no incluye las partidas de nacimiento que requieren enmienda.
- **RETIRO EN LA OFICINA:** las solicitudes pueden ser realizadas a la oficina del condado de Hillsborough, ubicada en **13601 No. 22nd Street, Tampa, Florida, 33613.**

SI EL CERTIFICADO DEBE SER ENVIADO A OTRA PERSONA O DOMICILIO, UTILICE LOS ESPACIOS DEBAJO PARA ESPECIFICAR EL NOMBRE Y DOMICILIO DE ENVIO.				
<b>ENVIAR A Nombre A MÁQUINA O EN IMPRENTA</b>	1° NOMBRE	2° NOMBRE	APELLIDO	SUFIJOS
NÚMERO DE TELÉFONO CASA (     )	SHIP TO STREET ADDRESS (AND APT.)			

NÚMERO DE TELÉFONO TRABAJO (      )	CIUDAD	ESTADO	COD POSTAL
--	--------	--------	------------

ENVIE ESTA SOLICITUD CON EL PAGO A VITAL STATISTICS, P.O. BOX 5135, Tampa, Florida 33675-5135  
<http://www.hillscountyhealth.org>