



DOH 422-163 April 2023 Spanish

Departamento de Salud del Estado de Washington Formulario Para Ordenar la Verificación de Paternidad

Instrucciones	<ul style="list-style-type: none"> • Escriba con claridad. • \$15 por cada verificación. • Solamente aceptamos cheques o giros postales para órdenes por medio del correo. No mande dinero en efectivo o información de tarjetas de crédito. • Todas las ordenes requieren una copia del ID de la persona que hace la solicitud (el solicitante debe haber firmado el documento original que está ordenando) • Solamente los que firmaron el Reconocimiento de Paternidad pueden solicitar la Carta de Verificación de Paternidad (también conocido como la carta CBRI). • Visite www.doh.wa.gov/vitalrecords para más información y opciones para ordenar.
----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Información de Contacto	Nombre de la persona que esta ordenando la verificación:		
	Dirección a donde mandar la verificación: (Domicilio requerido para ordenes de FedEx)		
	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
	Numero de Teléfono: (____) _____		Correo Electrónico:

Complete TODAS las casillas debajo con la información <u>exacta</u> y <u>completa</u> . Esta información debe coincidir con la información actual en el acta de nacimiento.			
Nombre Completo en el Acta:	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre Completo)	(Apellido)
Fecha de Nacimiento:	(MM/DD/AAAA)	Ciudad o Condado de Nacimiento:	
Nombre de Nacimiento de la Madre/el Padre #1:	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre Completo)	(Apellido Antes del Primer Matrimonio)
Nombre de Nacimiento de la Madre/el Padre #2:	(Primer Nombre)	(Segundo Nombre Completo)	(Apellido Antes del Primer Matrimonio) <input type="checkbox"/> No Esta Nombrado

*** Todas las solicitudes requieren una copia de un ID (los solicitantes deben haber firmado el documento original que se solicita) ***

Complete a continuación la información de tarifas y envíe:	
Número total de la carta CBRI:	_____ x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Aserción de Paternidad archivado:	_____ x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Negación de Paternidad archivado:	_____ x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Reconocimiento de Paternidad archivado:	_____ x \$15 = \$ _____
Número total de copias del formulario Rescisión de Paternidad Archivado:	_____ x \$15 = \$ _____
Apostilla – nombre del país que lo solicita: _____	_____ x \$15 = \$ _____
Número total de Actas de Nacimiento certificadas:	_____ x \$25 = \$ _____
Correo de Primera Clase	<input type="checkbox"/> No cargo adicional
*Entrega de Correo Expreso de USPS (domicilio o P.O. Box)	<input type="checkbox"/> \$26.35 = \$ _____
**FedEx a estados continentales en EU (no P.O. Box)	<input type="checkbox"/> \$15 = \$ _____
**FedEx a AK/HI/Canadá/México (no P.O. Box)	<input type="checkbox"/> \$25 = \$ _____
CANTIDAD TOTAL DEBIDA: \$ _____	

*Los cargos adicionales para entrega expresa son por cada orden, no por cada acta.

**La Firma de un Adulto es requerido al tiempo de la entrega para ordenes de FedEx.

Haga cheques o giros postales pagaderos a: DOH

Envíe Las Ordenes a:
Center for Health Statistics
P.O. Box 9709
Olympia, WA 98507-9709