

SOLICITUD DE COMPRA DE UN COPIA DE UN CERTIFICADO DE NACIMIENTO CON RESULTADO DE UN FETO NACIDO MUERTO
APPLICATION TO PURCHASE A COPY OF A CERTIFICATE OF BIRTH RESULTING IN A STILLBIRTH

- Si este nacimiento de un feto muerto debe notificarse al Department of Health Services en un informe de defunción fetal (Fetal Death Report) según el Wis. Stat. § 69.18(1)(e), la persona encargada de informar sobre el nacimiento de un feto muerto debe proporcionar este formulario a los padres.
- Esta solicitud completa no es un registro público y solo está disponible para su inspección por parte de los padres o por orden judicial.

INFORMACIÓN DEL FETO MUERTO	Nombre del feto nacido muerto. Escriba el nombre completo en letra de molde tal y como desea que aparezca en el documento. También puede dejar el campo en blanco (el campo del nombre no aparecerá en el certificado) o puede escribir «Sin nombre» (con o sin el apellido que elija).				
	Nombre completo del feto nacido muerto: nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo (por ejemplo, Jr., I, II)	
	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Indeterminado (El sexo no se indica en el caso de Indeterminado.)	Fecha del parto de feto muerto (MM/DD/AAAA)	Lugar del parto de feto muerto: ciudad, pueblo, localidad	Lugar del parto de feto muerto: condado	
	Nombre del hospital (Si el parto tuvo lugar fuera de un hospital, indique la dirección donde se realizó el parto.)				
	Nombre completo del padre o madre (Nombre, segundo nombre, apellido)		Nombre completo del padre o madre (Nombre, segundo nombre, apellido)		
Según Wis. Stat. § 69.145, solo los padres de un feto muerto pueden solicitar y obtener una copia del certificado de nacimiento con resultado de un feto nacido muerto para dicho evento.					
DECLARACIÓN DE TERCEROS	Esta sección debe ser completada y firmada por un representante del hospital donde se realizó el parto de feto muerto o por un representante del consultorio del médico tratante. Si el parto de feto muerto se realizó fuera de un hospital, la partera que asistió al parto puede completar esta parte de la solicitud.				
	Estatus de la persona designada (Marque uno). <input type="checkbox"/> Persona designada por el hospital donde se realizó el parto de feto muerto mencionado anteriormente. <input type="checkbox"/> Persona designada por la clínica que brindó atención médica a la madre durante el parto y al feto muerto. <input type="checkbox"/> Partera presente en el parto de feto muerto mencionado anteriormente. <input type="checkbox"/> Otro _____				
	Afirma que la información archivada en el centro mencionado a continuación o en los archivos de la partera que asistió al parto de feto muerto mencionado a continuación indica que se realizó un parto de feto muerto a los padres en la fecha indicada anteriormente. El feto tenía 20 semanas o más de gestación o pesaba 350 gramos o más en el momento del parto y se presentó o se debería haber presentado un informe de la muerte fetal por este parto de feto muerto, de conformidad con las disposiciones de Wis. Stat. § 69.18(1)(e).				
	Nombre del hospital, clínica o partera		Nombre (escrito a máquina o en letra de molde): persona designada		
	FIRMA: Persona designada		Fecha de la firma		
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono durante el día ()			
TARIFAS	<input type="checkbox"/> Primera copia (La tarifa incluye la presentación del documento y la primera copia.) \$ 10.00				
	<input type="checkbox"/> Cada copia adicional del mismo certificado, expedida al mismo tiempo que la primera copia. _____ X \$ 3.00 Número de copias _____				
	<input type="checkbox"/> Esta solicitud es para la reemisión de una copia del certificado de nacimiento con resultado de un feto nacido muerto (F-05009) que ya se encuentra archivado en la oficina estatal de registros vitales (State Vital Records Office). No se requiere declaración de terceros. Las tarifas son las mismas que las indicadas anteriormente. (\$10 por la primera copia y \$3 por cada copia adicional del mismo certificado expedido al mismo tiempo que la primera copia). TOTAL _____				
Envíe los materiales de su solicitud y el pago de la tarifa al: STATE VITAL RECORDS OFFICE / PO BOX 309 / MADISON, WI 53701 Asegúrese de incluir: <input type="checkbox"/> formulario lleno, <input type="checkbox"/> identificación aceptable, <input type="checkbox"/> pago, <input type="checkbox"/> sobre con su dirección, franqueo pagado, tamaño comercial Haga el cheque o el giro postal a nombre de: STATE OF WIS. VITAL RECORDS					

Continúa en la página 2.

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE	Por la presente, certifico que la información proporcionada en esta solicitud es correcta según mi leal saber y entender, que soy el padre o la madre del feto muerto mencionado y que tengo derecho al certificado de nacimiento con resultado de un feto nacido muerto solicitado, de conformidad con lo dispuesto en el Wis. Stat. § 69.145. Entiendo que falsear los datos presentados en este formulario, incluida la información sobre la filiación, es ilegal y puede dar lugar a acciones legales.			
	FIRMA: Padre o madre	Fecha de la firma	FIRMA: Padre o madre	Fecha de la firma
	Dirección postal		Ciudad	Estado
USO OFICIAL SOLAMENTE	Dirección de correo electrónico		Número de teléfono durante el día ()	
	DATE COBRIS ISSUED		REASON FOR NON-ISSUANCE OF COBRIS	