



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

## GOVERNMENT OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF HEALTH DEMOGRAPHIC REGISTRY

### APPLICATION FOR PUERTO RICO BIRTH CERTIFICATION

MRD 225

Revised 05/2017

#### PART I: REGISTRANT INFORMATION

|                                |                    |                              |                     |
|--------------------------------|--------------------|------------------------------|---------------------|
| 1. Full Name:                  |                    |                              |                     |
| _____                          | _____              | _____                        | _____               |
| Last Name                      | Mother's Last Name | First Name                   | Middle Name         |
| 2. Date of Birth: (mm/dd/yyyy) |                    | 3. Place of Birth: (Country) |                     |
| _____                          |                    | _____                        |                     |
| 4. Father's Name:              |                    | 5. Mother's Name:            |                     |
| _____                          |                    | _____                        |                     |
| 6. Purpose:                    |                    |                              | 7. Number of Copies |
| _____                          |                    |                              | _____               |

#### PART II: APPLICANT INFORMATION

|  |            |   |       |
|--|------------|---|-------|
| 1. Full Name:<br>(A person ordering his or her own certification should enter "SELF" in this space.)   |            | 2. RELATIONSHIP TO PERSON LISTED ABOVE (PART:1) |       |
| _____  | _____      | _____   |       |
| Last Name  | First Name | Middle Name                                     |       |
| 3. Mailing Address: (Address where you will receive the document)  |            | 4. Contact Information:                         |       |
| Address 1: _____   |            | Telephone: _____                                |       |
| Address 2: _____   |            | Email: _____                                    |       |
| City State Zip Code  |            |   |       |
| 5. Include ID:   |            | 6. Requester Signature:                         |       |
| <input type="checkbox"/> Driver's License <input type="checkbox"/> Passport<br><input type="checkbox"/> State ID <input type="checkbox"/> Others _____ |            | _____   |       |
|  |            | 7. Date   | _____ |

#### IMPORTANT:

- **Cost of Certifications:** \$5.00 first copy, additional copies \$10.00 plus \$2.00 service charge per copy requested.
- **Applicants over 60 years of age residing in Puerto Rico:** will receive one (1) copy of the certification free of cost, additional certifications are \$10.00 plus a \$2.00 service charge per copy.
- **Applicants over 60 years of age NOT residing in Puerto Rico:** \$5.00 first copy; additional certifications \$10.00 plus a \$2.00 service charge per copy.
- **Veterans residing in Puerto Rico** will receive one (1) certification free of cost; additional certifications \$10.00 plus a \$2.00 service charge per copy. Please include Form DD-214.
- **Veterans NOT residing in P.R.:** \$5.00 first copy, additional copies \$10.00 plus \$2.00 service charge each one. (Circular letter number OPVELA-2015-02)
- The applicant must send the exact amount of money to cover the cost of the certification and service charges. Every request requires a search in the data and record system. Fees are non-refundable.
- **Accepted payment methods: ONLY MONEY ORDER**, on behalf of the **SECRETARY OF TREASURY**; DO NOT SEND personal checks or cash.
- **Acceptable forms of identification:** Driver's license, Passport or State Identification Card; Copies must be current, clear and legible. Please include a copy of both sides of the identification.
- If you use a married last name in your Identification, please provide a copy of your marriage certificate, to confirm the maiden name according to how your name appears on the birth record.
- For validate kinship a son of the registrant must send copy of his or her certification of birth if not born in Puerto Rico.
- Applicants must be directly related to the registrant, according to the *Law 24 of 1931, Law of the Demographic Registry*; mother or father, sons, legal guardian (by means of judicial order) or legal representative.
- Please send pre-addressed envelope stamped envelope.
- Return shipping via **REGULAR mail ONLY**.

#### SHIPPING INSTRUCTIONS

- **Postal Address:**  
 Registro Demográfico  
 PO Box 11854  
 Fernández Juncos Station  
 San Juan, Puerto Rico 00910

For additional information or questions, please call at: (787) 765-2929 Ext. 6131 or email : [regident@salud.pr.gov](mailto:regident@salud.pr.gov)



# GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

## GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE SALUD REGISTRO DEMOGRÁFICO

### SOLICITUD POR CORREO CERTIFICACIÓN DE NACIMIENTO

Modelo RD 225

Revisado Abril 2017

#### PARTE I: INFORMACIÓN DEL INSCRITO

|                                      |  |                                     |                |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|----------------|
| 1. Nombre Completo:                  |  |                                     |                |
| Apellido Paterno                     | Apellido Materno<br>(Apellido de Pila) | Primer Nombre                       | Segundo Nombre |
| 2. Fecha de Nacimiento: (mm/dd/aaaa) |  | 3. Lugar de Nacimiento: (Municipio) |                |
| 4. Nombre del Padre:                 |  | 5. Nombre de la Madre:              |                |
| 6. Propósito de la Solicitud:        |  | 7. Copias Solicitadas               |                |

#### PARTE II: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

|  |        |         |                              |  |
|--|--------|---------|------------------------------|--|
| 1. Nombre Completo:  |        |         | 2. Parentesco                |  |
| Apellido   | Nombre | Inicial |                              |  |
| 3. Dirección Postal: (Dirección donde recibirá el documento)   |        |         | 4. Información del Contacto: |  |
| Dirección Línea 1: _____   |        |         | # Teléfono: _____            |  |
| Dirección Línea 2: _____   |        |         | Correo Electrónico: _____    |  |
| Ciudad Estado Código Postal  |        |         |                              |  |
| 5. Identificación Incluida:  |        |         | 6. Firma del Solicitante:    |  |
| <input type="checkbox"/> Licencia de Conducir <input type="checkbox"/> Pasaporte<br><input type="checkbox"/> Identificación de Estado <input type="checkbox"/> Otros _____ |        |         |                              |  |
|  |        |         | 7. Fecha                     |  |

#### IMPORTANTE:

- Costo del Certificado: \$5.00 por la primera copia más \$2.00 de costos por servicio; Copias adicionales \$10.00 c/u más \$2.00 de costos por servicio. Máximo de tres copias por año.
- Inscritos mayores de 60 años de edad residentes de Puerto Rico recibirán una (1) copia de la Certificación libre de costo; Copias adicionales \$10.00 c/u más \$2.00 de costos por servicio.
- Inscritos mayores de 60 años de edad NO residentes de Puerto Rico: \$5.00 por la primera copia más \$2.00 de costos por servicio; Copias adicionales \$10.00 c/u más \$2.00 de costos por servicio.
- Veteranos residentes de Puerto Rico recibirán una (1) copia de la Certificación libre de costo; Copias adicionales \$10.00 c/u más \$2.00 de costos por servicio.
- Veteranos NO residentes de Puerto Rico \$5.00 por la primera copia más \$2.00 de costos por servicio; Copias adicionales \$10.00 c/u más \$2.00 de costos por servicio (Carta Circular Número OPVELA-2015-02)
- El solicitante deberá enviar la cantidad exacta de dinero para cubrir el costo de la Certificación. Toda solicitud requiere una búsqueda en el sistema de datos y records. Cualquier sobrante de dinero se retendrá como cargo administrativo.
- Método de pago aceptado: GIROS SOLAMENTE, a nombre del **SECRETARIO DE HACIENDA**; NO, cheques, ni dinero en efectivo.
- Identificaciones aceptadas: Licencia de Conducir, Pasaporte o Identificación de Estado *Vigente; copias claras y legibles, preferiblemente con foto y firma. Favor fotocopiar ambos lados de la identificación.*
- Si utiliza apellido de casada en su identificación, favor proveer copia de su Certificación de Matrimonio, para corroborar el nombre de soltera según como aparece su nombre en el record de Nacimiento.
- Para validar parentesco, un hijo(a) del inscrito deberá enviar copia de su Certificación de Nacimiento.
- Solicitantes deberán tener parentesco directo con el inscrito, según la *Ley 24 del 1931, Ley del Registro Demográfico*; madre o padre, hijo(a), custodio legal (mediante orden judicial) o representante legal (para uso en algún trámite legal).
- Favor enviar sobre pre-dirigido con sello.

#### INSTRUCCIONES DE ENVIO

- Dirección Postal: Registro Demográfico  
PO Box 11854  
Fernández Juncos Station  
San Juan, Puerto Rico 00910

Para información adicional o preguntas, favor llamar al: (787) 765-2929 Ext. 6131 o vía email a la dirección electrónica: [regden@salud.pr.gov](mailto:regden@salud.pr.gov)