



OFFICE OF VITAL RECORDS
125 WORTH STREET, CN 4, ROOM 133
NEW YORK, NY 10013

APPLICATION FOR A COPY OF AN ACKNOWLEDGMENT OF PATERNITY
APLICACIÓN PARA UNA COPIA DE UN RECONOCIMIENTO DE PATERNIDAD

(Print all items clearly/Por favor, imprima todos los temas con claridad)

NAME OF CHILD/NOMBRE DEL NIÑO/A	MALE/NIÑO <input type="checkbox"/>	DATE OF BIRTH/FECHA DE NACIMIENTO																
LAST/APELLIDO	FIRST/PRIMER NOMBRE	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">MM</td><td colspan="2">DD</td><td colspan="4">YYYY</td></tr></table>									MM		DD		YYYY			
MM		DD		YYYY														
PLACE OF BIRTH/SITIO DE NACIMIENTO	CERTIFICATE NUMBER/NÚMERO DEL CERTIFICADO																	
	<table border="1"><tr><td>1</td><td>5</td><td>6</td><td>-</td><td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		1	5	6	-			-									
1	5	6	-			-												
MOTHER'S MAIDEN NAME/NOMBRE DE SOL TERA DE LA MADRE	FATHER'S NAME/NOMBRE DEL PADRE																	
PURPOSE FOR OBTAINING THIS RECORD/PARA QUE NECESITA EL CERTIFICADO	DATE REQUESTED/FECHA DE PEDIDO																	

REQUESTOR PRINT/SIGN YOUR NAME AND FULL MAILING ADDRESS BELOW
FAVOR DE ESCRIBIR/FIRMAR SU NOMBRE Y SU DIRECCIÓN

PRINT NAME/ESCRIBA SU NOMBRE	SIGNATURE/FIRME SU NOMBRE	
ADDRESS/DIRECCIÓN	APARTMENT NO./APARTAMENTO	
CITY/CIUDAD	STATE/ESTADO	ZIP CODE/CÓDIGO POSTAL
DAYTIME TELEPHONE NO./TELÉFONO DE DÍA	HOME TELEPHONE NO./TELÉFONO DE SU HOGAR	

AREA BELOW FOR DEPARTMENT OF HEALTH AND MENTAL HYGIENE USE ONLY
SOLO PARA USO DEL NYC DEPARTAMENTO DE SALUD

DATE RECEIVED:	DATE RETURNED:
DSS-4418 LOCATED (Copy attached) <input type="checkbox"/>	DSS-4418 NOT LOCATED <input type="checkbox"/>
COMMENT	
PREPARED BY:	