

A LOS(A/S) CONTRAYENTES: para asegurarse de que el matrimonio fue inscrito solicite una certificación de matrimonio en el Registro Demográfico. Escriba toda la información en una forma legible. Use tinta permanentemente negra o azul NO bolígrafo. NO se aceptarán documentos ni manchados, ni doblados. Toda la información y/o declaración provista en esta solicitud de evento vital, estará sujeta a verificación. Cualquier falsa representación u omisión consciente, o información falsa puede ser motivo de descalificación para emitir esta certificación. También podrá ser procesado penalmente por los Artículos 211, 213 al 217, 272, 273 del Código Penal de Puerto Rico, Ley Num. 146 de 2012, según enmendada.

MÉDICO

CELEBRANTE

NÚMERO DE AREA	AÑO	NÚMERO DE REGISTRO	ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE SALUD REGISTRO DEMOGRÁFICO LICENCIA PARA CONTRAER MATRIMONIO <u>Electrónicamente</u>	VOLUMEN	NÚMERO DE CERTIFICADO	NÚMERO DE MATRIMONIO
152						

CERTIFICACIÓN MÉDICA PARA CONTRAER MATRIMONIO

(Esta Certificación no es válida pasados 10 días de la fecha de su expedición)

CONTRAYENTE A

(A) Certifico que en esta fecha examiné a _____

F ____ M ____ no sufre de locura, retardación mental (severa o profunda), sífilis o de enfermedad venérea alguna que le impida contraer matrimonio. Esta certificación tiene una validez de diez (10) días a partir de esta fecha y de acuerdo con las disposiciones de las leyes actualmente vigentes al efecto en Puerto Rico.

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico-cirujano en el ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico)

Licencia Núm.: _____

CONTRAYENTE B

(B) Certifico que en esta fecha examiné a _____

F ____ M ____ no sufre de locura, retardación mental (severa o profunda) sífilis o de enfermedad venérea alguna que le impida contraer matrimonio. Esta certificación tiene una validez de diez (10) días a partir de esta fecha y de acuerdo con las disposiciones de las leyes actualmente vigentes al efecto en Puerto Rico.

Nombre del Médico: _____

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico-cirujano en el ejercicio legal de su profesión en Puerto Rico)

Licencia Núm.: _____

DECLARACIÓN JURADA PARA HIJOS, MARQUE (A) O (B) SEGÚN APLIQUE Y (AB) SI ES ENTRE AMBOS CONTRAYENTES (FUERA DE UN MATRIMONIO)

Ley 229 del 12 de mayo de 1942 para el reconocimiento y anotación de legitimación. Ley 326 del 2 de septiembre del 2000 para la anotación de hijos entre los contrayentes.

	Nombre y Apellidos	Es hijo(a) de:		Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento
		A	B	Día	Mes	Año	Municipio
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
7.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
8.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
9.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
10.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
11.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
12.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

CELEBRANTE

DECLARACIÓN JURADA PARA HIJOS, MARQUE (A) O (B) SEGÚN APLIQUE Y (AB) SI ES ENTRE AMBOS CONTRAYENTES (FUERA DE UN MATRIMONIO)

Ley 229 del 12 de mayo de 1942 para el reconocimiento y anotación de legitimación. Ley 326 del 2 de septiembre del 2000 para la anotación de hijos entre los contrayentes.

Nombre y Apellidos	Es hijo(a) de:		Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento
	A	B	Día	Mes	Año	Municipio
14.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
15.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
16.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
17.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
18.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
19.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
20.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

Firma de Contrayente A: _____

Firma de Contrayente B: _____

Jurada y suscrita ante mí en: _____ P.R. el día _____ de _____ de _____. Firma del(la) Celebrante: _____

LICENCIA PARA CONTRAER MATRIMONIO OTORGADA POR EL REGISTRO DEMOGRÁFICO

Electrónicamente

Número de Registro y Licencia: _____/_____

El(La) Registrador(a) asegura que los(as) contrayentes cumplieron con las disposiciones de la Ley Núm.133, del 14 de mayo de 1937, según enmendada, y no existe impedimento médico para contraer matrimonio.

A petición de _____ y _____ expedimos esta licencia para que puedan
(Nombre de Contrayente A) (Nombre de Contrayente B)

contraer matrimonio en o antes del día _____ de _____ de _____.

FIRMA DE CONTRAYENTE A

FIRMA DE CONTRAYENTE B

Número de Identificación: _____

Número de Identificación: _____

Nombre del Registrador(a): _____ Firma: _____ Fecha: _____

OBERVACIONES: Teléfono Contrayente A: _____ Teléfono Contrayente B: _____

Contrayente A: Firma de la madre o tutor: _____ Contrayente B: Firma de la madre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____ Firma del padre o tutor: _____

