

**ADVERTENCIAS:**

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 permanente 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, 271, 272, 273 del Código Penal de Puerto Rico, Ley Núm. 146 de 2012, según enmendada.

**MÉDICO**

**CELEBRANTE**

NÚMERO DE AREA	AÑO	NÚMERO DE REGISTRO	GOBIERNO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE SALUD REGISTRO DEMOGRÁFICO LICENCIA PARA CONTRAER MATRIMONIO <b>Electrónicamente</b>	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**

Certifico que en esta fecha examiné y corroboré la identidad de:

\_\_\_\_\_

F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ quién no sufre de locura o deficiencia en el desarrollo que le impida prestar su consentimiento para contraer matrimonio. También ha cumplido con los exámenes médicos requerido en ley. Esta certificación tiene una validez de diez (10) días a partir de esta fecha y de acuerdo con las disposiciones de las leyes vigentes en Puerto Rico.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

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

Número Licencia del Médico: \_\_\_\_\_

**CONTRAYENTE B**

Certifico que en esta fecha examiné y corroboré la identidad de:

\_\_\_\_\_

F \_\_\_\_ M \_\_\_\_ quién no sufre de locura o deficiencia en el desarrollo que le impida prestar su consentimiento para contraer matrimonio. También ha cumplido con los exámenes médicos requerido en ley. Esta certificación tiene una validez de diez (10) días a partir de esta fecha y de acuerdo con las disposiciones de las leyes vigentes en Puerto Rico.

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

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

Número Licencia del Médico: \_\_\_\_\_

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

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"/>				

CONTINUACIÓN DE LA DECLARACION JURADA AL DORSO DEL DOCUMENTO

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

Ley 326 del 2 de septiembre del 2000 para la anotación de hijos entre los contrayentes.

**CELEBRANTE**

Nombre y Apellidos	Es hijo(a) de:		Fecha de Nacimiento			Lugar de Nacimiento
	A	B	Día	Mes	Año	Municipio
12.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
13.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
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"/>				

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: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Certifico que los (as) contrayentes nombrados (as) más abajo, cumplieron con las disposiciones del Código Civil de Puerto Rico del 2020 y según manifiestan, no existe impedimento para contraer matrimonio.

A petición de \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ expido esta licencia para que puedan  
(Nombre de Contrayente A) (Nombre de Contrayente B)

contraer matrimonio en o antes del día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. Transcurrido este término de tiempo establecido, no podrán contraer matrimonio sin obtener una nueva licencia para contraer matrimonio.

\_\_\_\_\_  
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: \_\_\_\_\_

