



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE LAREDO  
OFICINA DE REGISTROS  
Certificados se entregan Lunes – Viernes de 8am – 4pm  
ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION**

City of Laredo Health Department



**Public Health**  
Prevent. Promote. Protect.

**Se requiere una IDENTIFICACION VIGENTE del Estado**

Nombre completo de la persona registrada:

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido, Sufijo (Sr, Jr, II, III, etc...)

Fecha de nacimiento o fallecimiento:

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Sexo: Hombre  Mujer

Lugar de nacimiento o fallecimiento:

Ciudad \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_ Estado **TEXAS**

Nombre completo del padre1 (padre/madre):

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido / Apellido de Soltera, Sufijo \_\_\_\_\_

Nombre completo del padre2 (padre/madre):

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido / Apellido de Soltera, Sufijo \_\_\_\_\_

Nombre del solicitante:

Nombre \_\_\_\_\_ Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido, Sufijo (Sr, Jr, II, III, etc...)

Domicilio:

Numero y calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación a la persona registrada: \_\_\_\_\_

Propósito para obtener este registro: \_\_\_\_\_

Acta de Nacimiento	Costo	QTY	NUMERO DE CONTROL (Uso exclusivo de oficina)
Forma Larga	\$23.00		
Forma Básica	\$23.00		
Plastico (8x11)	\$3.00		

Acta de Defunción	Costo	QTY	NUMERO DE CONTROL (Uso exclusivo de oficina)
1 <sup>era</sup> copia	\$21.00		
Copias adicionales	\$4.00		

\_\_\_\_\_(Inicial) **ADVERTENCIA:** La PENALIZACION por hacer una declaración falsa en esta aplicación puede ser de 2 a 10 años en prisión y una multa de hasta \$10,000 dólares. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)

\_\_\_\_\_(Inicial) **El cobro de \$23.00 NO ES REEMBOLSABLE NI TRANSFERIBLE por la búsqueda de cualquier registro. (HSC, Sec. 191.0045) (TAC, Sec. 181.22)**

Firma del solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY:

DM No: \_\_\_\_\_ Record Count: \_\_\_\_\_ ID Provided: \_\_\_\_\_

SFN: \_\_\_\_\_ LFN: \_\_\_\_\_ Notes: \_\_\_\_\_

Employee: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_