



**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 ^{era} 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: _____