



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

**CITY OF LAREDO HEALTH DEPARTMENT  
OFFICE OF VITAL STATISTICS  
P. O. Box 2337 Laredo, TX 78044**



**Aplicación para Acta de Nacimiento O Defunción – Por Correo**  
**Por Favor usar Letra de Molde y Incluir una Fotocopia de Su Identificación Valida**

Acta de Nacimiento		Acta de Defunción											
<input type="radio"/> Forma Larga \$23.00 <input type="radio"/> Costo por Procesar \$5.00 (Requerido)** <input type="radio"/> Correo Certificado \$7.25**	Numero de Copias _____	<input type="radio"/> Copia Certificada (1 <sup>st</sup> Copia) \$21.00 <input type="radio"/> Copias Adicionales \$4.00 <input type="radio"/> Costo por Procesar \$5.00 (Requerido)** <input type="radio"/> Correo Certificado \$7.25**	Numero de Copias _____										
Total Incluido \$ _____ **Alternativa: El costo debe incluir el precio del certificado/s, el costo de procesar, y el costo de Correo Certificado. Solamente se aceptan un <u>giro postal</u> o <u>tarjeta de crédito</u> para ordenes por correo.		Birth/Death Certificate Control Number ( <b>Uso Exclusivo de Oficina</b> ) _____											
<b>(Part I) Nombre completo de la persona registrada</b> Primer Nombre _____		Segundo Nombre _____ Apellido/Apellido de Soltera _____											
<b>Fecha de Nacimiento/ Defunción</b> Mes: _____ Dia: _____ Ano: _____		<b>Sexo</b> Hombre _____ Mujer _____											
<b>Lugar de Nacimiento O de Fallecimiento:</b> Ciudad <b>Laredo</b> Condado <b>Webb</b> Estado <b>Texas</b>													
<b>Primer Padre:</b> Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido/Apellido de Soltera _____													
<b>Segundo Padre:</b> Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido/Apellido de Soltera _____													
<b>Nombre Completo del Solicitante:</b> _____		<b>Relación a la persona registrada:</b> _____											
<b>Propósito para obtener el registro:</b> _____		<b>Domicilio:</b> Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____											
<b>Corea Electrónica:</b> _____		<b>Telefono:</b> ( ) _____ -- _____											
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) Entiendo que para cualquier búsqueda de los archivos donde un registro no se encuentra, el honorario de búsqueda de \$ 23.00 NO ES REEMBOLSABLE NI TRANSFERIBLE.													
<b>Firme del Solicitante</b> _____		<b>Fecha</b> _____											
(Part II) AFFIDAVIT OF PERSONAL KNOWLEDGE (MUST BE SIGNED IN PRESENCE OF A NOTARY PUBLIC)													
STATE OF _____ COUNTY OF _____ Before me on this day appeared _____ <span style="float: right;">(Applicant's Name)</span>													
now residing at _____ <span style="float: left;">(Address)</span> <span style="float: right;">(City)</span> <span style="float: right;">(State)</span>													
who is related to the person named on Part I as _____ and who on oath deposes and says that the <span style="float: right;">(Relationship)</span> contents of this affidavit are true and correct.													
The applicant presented the following type _____ and number of identification _____													
Applicants Signature _____		Sworn to and subscribed before me, this _____ day _____, 20____											
(Seal)		Signature of Notary Public _____											
		Notary ID Number _____											
		Typed or Printed Name _____											
		Street Address _____											
		City, State, Zip _____											
BELOW FOR OFFICE USE ONLY													
DM No: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>												Copies Issued: _____ ID Provided: _____ Notes: _____	
		Processed by: _____ Date: _____											

**City of Laredo Health Department  
Office of Vital Statistics**



**Una Identificación con Fotografía es Requerido**

**Una Identificación actualizada – expedida por los EE.UU.**

- Licencia de conducir valido
- Tarjeta de Identificación valido de EE.UU
- Pasaporte de los EE.UU. valido
- Tarjeta de VISA o Tarjeta de Pasaporte valido
- Tarjeta de Residente Permanente
- Identificación Militar de EE.UU
- Identificación de Prisionero valido con tarjeta de seguro social
- Tarjeta de Autorización de Empleo de EE.UU.
- Tarjeta de SENTRI

***El costo debe incluir el precio del certificado/s, el costo reprocesar, y el costo de Correo Certificado. Solamente se aceptan giro postal y tarjeta de crédito para ordenes de correo.***

Para información adicional contáctenos al (956) 795-4929.

**Incluya una fotocopia de su identificación del Estado que este al Corriente**