



DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE LAREDO
OFICINA DE REGISTROS
APLICACION PARA ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION



Solamente de llenar en Tinta Negra

**FAVOR DE ESCRIBIR LEGIBLE. Debe presentar una IDENTIFICACION VIGENTE con FOTOGRAFIA al aplicar.
 Se requiere la forma larga para tramite de pasaporte o inmigración.**

Nombre completo de la persona registrada:

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento o fallecimiento:

Mes _____ Día _____ Año _____

Sexo: Hombre Mujer

Lugar de nacimiento o fallecimiento:

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____

Nombre completo del padre:

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Nombre completo de soltera de la madre:

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido de Soltera _____

Nombre del solicitante:

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Domicilio:

Numero y calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____ (Lun a Vie 8:00-5:00)

Circule Uno

Relación o parentesco con la persona registrada: Mi/Yo Mama/Papa Abuelo/a Hermano/a Otro c/Carta Notarizada _____

Circule Uno

Propósito para obtener este registro: Pasaporte/Tarjeta de Pasaporte Inmigración Perdido/Robado Welfare Otra Razón _____
 (Por Favor de Especificar)

Actas de Nacimiento	Costo	Numero de copias	NUMERO DE CONTROL (Uso exclusivo de oficina)
Forma Larga	\$23.00		
Mediana (5x7)	\$23.00		

Actas de Defunción	Costo	Numero de copias	NUMERO DE CONTROL (Uso exclusivo de oficina)
1 ^{era} copia	\$20.00		
Copias adicionales	\$3.00		

ADVERTENCIA: La PENALIZACION por hacer una declaración falsa en esta aplicación puede ser de 2 a 10 anos 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.

Firma del solicitante _____ Fecha _____

USO EXCLUSIVO DE OFICINA:

DM No:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Copies Issued: _____ File No: _____ Page No. _____ Vol No: _____

State File No: _____ Year: _____ Notes: _____

Processed by: _____ Date: _____