



**CITY OF LAREDO HEALTH DEPARTMENT**  
**OFFICE OF VITAL STATISTICS**  
**Application for BIRTH or DEATH record**



**Please Print in Black Ink**  
**A VALID STATE ID OR DRIVERS LICENSE is REQUIRED to process your application.**

Full Name of Person on Record: \_\_\_\_\_  
 First Name Middle Name Last Name Suffix

Date of Birth or Death: \_\_\_\_\_ Gender/Sex: Male Female  
 Month Day Year

Place of Birth or Death: \_\_\_\_\_  
 City or Town County State

Full Name of Parent 1: \_\_\_\_\_  
 First Name Middle Name Last Name / Maiden Last Name

Full Name of Parent 2: \_\_\_\_\_  
 First Name Middle Name Last Name / Maiden Last Name

Applicant's Name: \_\_\_\_\_  
 First Name Middle Name Last Name

Address: \_\_\_\_\_ Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Street Address City State Zip

**Circle One**  
 Relationship to person on record: Self Parent Grandparent Brother/Sister Spouse Other/w Notarized \_\_\_\_\_

**Circle One**  
 Purpose for obtaining this record: Passport/Card Immigration Welfare Lost/Stolen School Other \_\_\_\_\_  
 (Please Specify)

BIRTH Certificates	Cost per Certificate	Number of Certificates	CONTROL NUMBERS (This column for Office Use Only)
Long Form	\$23.00		
Short Form (Abstract)	\$23.00		

DEATH Certificates	Cost per Certificate	Number of Certificates	CONTROL NUMBERS (This column for Office Use Only)
1 <sup>st</sup> Certificate	\$21.00		
Additional Certificates	\$4.00		

I am aware that the PENALTY for knowingly making a false statement in this form can result in 2 -10 years in prison and a fine of up to \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003) I further understand that for any search of the files where a record is not found, **the search fee of \$23.00 is NOT REFUNDABLE OR TRANSFERABLE.**

Applicant's Signature \_\_\_\_\_ Date of Application \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

DM No: 

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

 Copies Issued: \_\_\_\_\_ ID Provided: \_\_\_\_\_

State File No: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_ Notes: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



# DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE LAREDO

## OFICINA DE REGISTROS

### Aplicación para ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION



#### Solamente de llenar en Tinta Negra

Debe presentar una IDENTIFICACION VIGENTE con FOTOGRAFIA al aplicar.

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 padre1 (padre/madre):

Nombre Segundo Nombre Apellido / Apellido de Soltera

Nombre completo del padre2 (padre/madre):

Nombre Segundo Nombre Apellido / Apellido de Soltera

Nombre del solicitante:

Nombre Segundo Nombre Apellido

Domicilio:

Numero y calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

#### Circule Uno

Relación o parentesco a la persona registrada: Mi/Yo Padre/Madre Abuelo/a Hermano/a Esposo/a Otro/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		
Forma Corta	\$23.00		

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

**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.**

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

#### USO EXCLUSIVO DE OFICINA:

DM No: 

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

Copies Issued: \_\_\_\_\_ ID Provided: \_\_\_\_\_

State File No: \_\_\_\_\_ Year: \_\_\_\_\_ Notes: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_