



**DEPARTAMENTO DE SALUD DE LA CIUDAD DE LAREDO  
OFICINA DE REGISTROS**

City of Laredo Health Department



**Certificados se entregan Lunes – Viernes de 8am – 4pm  
ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION**

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

**SE REQUIERE una IDENTIFICACIÓN ESTATAL VÁLIDA**

Nombre completo de la persona registrada:

Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo (Sr., Jr., III, ...)

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, Sufijo (Sr., Jr., III, ...)

Nombre completo del padre2 (padre/madre):

Nombre Segundo Nombre Apellido / Apellido de Soltera, Sufijo (Sr., Jr., III, ...)

Nombre del solicitante:

Nombre Segundo Nombre Apellido, Sufijo (Sr., Jr., III, ...)

Domicilio:

Numero y calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono ( )

**Circule Uno**

Relación o parentesco a la persona registrada: Registrado, Padres, Abuelo/a, Hermano/a, Esposo/a, Abogado, Otro/Carta Notarizada

**Circule Uno**

Propósito para obtener este registro: Pasaporte, Inmigración, Perdido, Escuela, Asistencia Pública, Recién Nacido, 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 Básica	\$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: \_\_\_\_\_

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

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