



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. The long form Birth Certificate is required for PASSPORT or IMMIGRATION purposes.

Full Name of Person on Record:

First Name Middle Name Last Name Suffix

Date of Birth or Death:

Month Day Year

Gender/Sex: Male Female

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:

Street Address City State Zip

Telephone (_____) _____

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		
Abstract (8x7)	\$23.00		

DEATH Certificates	Cost per Certificate	Number of Certificates	CONTROL NUMBERS (This column for Office Use Only)
1 st 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. Se requiere la forma larga para tramite de PASAPORTE o INMIGRACION.

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		
Mediana (8x7)	\$23.00		

Actas de Defunción	Costo	Numero de copias	NUMERO DE CONTROL (Uso exclusivo de oficina)
1 ^{era} 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: _____