



BIRTH OR DEATH RECORD APPLICATION (SOLICITUD PARA ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN)

Birth Certificate (Actas de nacimiento)	
<input type="checkbox"/> Certified Copy (Copia Certificada)	\$ 24.00
<input type="checkbox"/> Abstract (Abstracto)	\$ 24.00

Death Certificates (Actas de Defunción)	
<input type="checkbox"/> Certified Copy (Copia Certificada)	\$ 21.00
<input type="checkbox"/> Additional Copy (Copia Adicional) (with this application) (copias adicionales con esta solicitud)	\$ 4.00

**If NO record is found, a search fee of \$10.00 will be charged.
 Si NO se encuentra la acta, se cobrará una tarifa de \$10.00**

BIRTH OR DEATH RECORD INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN

1. Full name of person on the record: (Nombre completo de la persona en el registro): _____	
2. Date of Birth / Death: (Fecha de Nacimiento / Fallecimiento): _____/_____/_____ Month (Mes) Day (Día) Year (Año)	3. Gender: (Sexo): <input type="checkbox"/> Female (Femenino) <input type="checkbox"/> Male (Masculino)
4. Place of Birth Or Death: (Lugar de Nacimiento o de Fallecimiento): _____/_____/_____ City (Ciudad) County (Condado) State (Estado)	5. Name of: (Nombre de): <input type="checkbox"/> Hospital / Other _____ <input type="checkbox"/> Midwife (Partera) _____
6. Full name of father: (Nombre del padre): _____ Father's DOB: (Fecha de Nacimiento de padre): ____/____/____	7. Mother's full maiden name: (Nombre de madre con apellido de soltera): _____ Mother's DOB: (Fecha de Nacimiento de madre): ____/____/____

APPLICANT INFORMATION INFORMACIÓN SOBRE EL O LA SOLICITANTE

8. Name of applicant: (Nombre del solicitante): _____	9. Phone Number: (Numero de teléfono): _____
10. Relationship to person on record: (Parentesco a la persona en la acta): _____	11. Your permanent address: (Su domicilio permanente): _____
12. Purpose for obtaining this record: (La razon por que necesita la acta): _____	

**YOUR SIGNATURE BELOW IS REQUIRED AND INDICATES THAT YOU UNDERSTAND THAT THE SEARCH FEE FOR A RECORD IS NOT REFUNDABLE OR TRANSFERABLE.
 SU FIRMA ABAJO ES REQUERIDA E INDICA QUE UD. RECONOCE QUE EL COSTO DE LA BUSQUEDA DE UN REGISTRO NO SE REEMBOLSARA NI ES TRANSFERIBLE.**

 SIGNATURE OF APPLICANT (REQUIRED) (FIRMA DEL APLICANTE – REQUERIDA) DATE (FECHA)

WARNING: THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT IN THE FORM CAN BE 2 TO 10 YEARS IN PRISON AND A FINE OF UP TO \$10,000
 (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)
AVISO: PUEDE HABER UNA PENA DE 2 A 10 AÑOS DE PRISION Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000 SI LA INFORMACIÓN QUE ESTA PROPORCIONANDO ES FALSA
 (VERNON'S TEXAS HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)

FOR OFFICE USE ONLY:

Type of Record: _____	Method of Payment: _____
Registrar No.: _____	SBNP No.: _____
BVS No.: _____	Other SBNP No.: _____
ISSUED: Y or N (if No, why): _____	Issued By: _____
	Control No.: _____