

HORARIO:
LUNES-VIERNES, 8:00AM – 4PM
NO ACEPTAMOS SOLICITUDES
DESPUES DE LAS 4 PM

CITY OF PASADENA
HEALTH DEPARTMENT
VITAL STATISTICS
1149 ELLSWORTH
P.O. BOX 672
PASADENA, TEXAS 77501
(713) 475-5593

REGISTROS DE NACIMIENTO Y
DEFUNCIÓN EN PASADENA
DESPUES DE NOVIEMBRE, 1953

SOLICITUD PARA COPIA CERTIFICADA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN

NACIMIENTO ☐

CANTIDAD:

___ TAMAÑO COMPLETO x \$23.00 = ___

___ BOLSA PARA PROTEGER x \$2.00 = ___

TOTAL = ___

DEFUNCIÓN ☐

CANTIDAD:

___ COPIA CERTIFICADA x \$21.00 = ___

___ COPIAS EXTRA x \$4.00 = ___

TOTAL = ___

USE LETRA DE MOLDE

NÚMERO DE ARCHIVO: _____

1. NOMBRE EN EL CERTIFICADO: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido
2. FECHA DE EVENTO: _____
Mes Día Año
3. LUGAR DE EVENTO: _____
Hospital O Ciudad
4. NOMBRE DEL PADRE: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido
5. NOMBRE DE LA MADRE: _____
(antes de casarse) Primer Nombre Segundo Nombre Apellido
6. NOMBRE DEL SOLICIANTE: _____ 7. NÚMERO DE TELÉFONO: _____
8. DIRECCIÓN: _____
Numero y Nombre De La Calle Ciudad Estado Postal
9. RELACIÓN CON LA PERSONA EN NUMERO 1: _____
10. RAZÓN POR LA CUÁL SOLICIA EL CERTIFICADO: _____
11. INFORMACIÓN ADICIONAL PARA IDENTIFICAR EL REGISTRO DE DEFUNCIÓN:
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA EN NUMERO 1: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

AVISO: LA PENA POR PROPONER UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO ES UNA FELONÍA DE TERCER GRADO Y TIENE COMO CASTIGO UNA SENTENCIA A PRISIÓN DE 2 A 10 AÑOS Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE OF TEXAS, CHAPTER 105, SEC. 195.003) LAS REGLAS DE ADMINISTRATIVO REQUIERE QUE TODA LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICAR (NÚMEROS 1-5), RELACIÓN (NÚMERO 9), Y LA RAZÓN (NÚMERO 10) SEA ESTIPULADO PARA DISTRIBUIR EL REGISTRO.

FIRMA DEL SOLICITANTE

FECHA DE HOY

**SI ENVIA POR CORREO: MANDE COPIA DE SU LICENCIA OR I.D APROBADO.
PAGO ÚNICAMENTE CON CHEQUE DE CAJA O GIRO POSTAL. NO SE ACEPTAN CHEQUES**