

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: _____
- NUMERO 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 (NUMEROS 1-5), RELACIÓN (NUMERO 9), Y LA RAZÓN (NUMERO 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 UNICAMENTE CON CHEQUE DE CAJA O GIRO POSTAL. NO SE ACEPTAN CHEQUES

For Mail-In Only

NOTARIZED PROOF OF IDENTIFICATION

PART I. ENTER NAME, DATE AND PLACE OF BIRTH/DEATH, AND NAMES OF PARENTS AS INFORMATION APPEARS ON BIRTH/DEATH CERTIFICATE			
FULL NAME OF PERSON ON RECORD			DATE OF BIRTH/DEATH
PLACE OF BIRTH/DEATH (City or County)			SEX
FULL NAME OF PARENT 1		FULL NAME OF PARENT 2	

PART II. ENTER RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD AND THE TYPE OF ID USED.	
NAME AND RELATIONSHIP TO PERSON ON RECORD	TYPE AND NUMBER OF ID ACCEPTED WHEN NOTARIZED

AFFIDAVIT OF PERSONAL KNOWLEDGE

PART III. THIS SECTION MUST BE SIGNED IN THE PRESENCE OF A NOTARY PUBLIC.	
STATE OF _____	
COUNTY OF _____	
Before me on this day appeared _____ (Name)	
now residing at _____ (Address) _____ (City) _____ (State)	
who is related to the person named on Part I as _____ (Relationship) and who on oath deposes and says that the contents of this affidavit are true and correct.	
Signature _____	
Sworn to and subscribed before me, this _____ day of _____, 20 _____	
(Seal)	Signature of Notary Public
	Commission Expires
	Typed or Printed Name
	Street Address
	City State and Zip

WARNING: IT IS A FELONY TO FALSIFY INFORMATION ON THIS DOCUMENT. THE PENALTY FOR KNOWINGLY MAKING A FALSE STATEMENT ON THIS FORM OR FOR SIGNING A FORM WHICH CONTAINS A FALSE STATEMENT IS 2 TO 10 YEARS IMPRISONMENT AND A FINE OF UP TO \$10,000. (HEALTH AND SAFETY CODE, CHAPTER 195, SEC. 195.003)

MAIL THIS SWORN STATEMENT, APPLICATION, PAYMENT, AND A PHOTOCOPY OF YOUR VALID PHOTO ID TO: C

City of Pasadena
Health Department/Vital Statistics
P.O. Box 672
Pasadena, TX 77601

(APPLICATIONS WITHOUT THE SWORN STATEMENT AND PHOTO ID WILL NOT BE PROCESSED)