

Doc# \_\_\_\_\_

State# \_\_\_\_\_

# Office of Vital Records

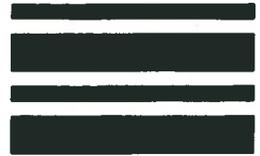
Austin/Travis Co. Health and Human Services Dept.

7201 Levander Loop, Bldg. C, Austin, TX 78702

PO Box 1088, Austin, TX 78767-1088

(512) 972-4784 / Fax (512) 972-5208

www.vitalchek.com



## COSTO

**REGISTRO DE NACIMIENTO** \$23.00 cada una # de copias \_\_\_\_\_  
 Tamaño Seguridad (Se recomienda para uso diario) \_\_\_\_\_  
 Tamaño Cartera (No se acepta para pasaportes) \_\_\_\_\_  
 Acta Larga/Bebe (Solo para nacimientos en la ciudad de Austin) \_\_\_\_\_

**REGISTRO DE DEFUNCIÓN**  
 (Solo para fallecimientos en Austin)  
 Primera copia \$21.00 \_\_\_\_\_  
 Copias adicionales \$4.00 \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN EN EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCIÓN

**Nombre en el Registro:**  
 Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
 Segundo Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellidos: \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento o defunción:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

**Lugar de nacimiento o defunción:** \_\_\_\_\_  
Ciudad / Condado

**Sexo (MARQUE UNO):**  Hombre  Mujer

**Nombre completo del padre:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo de la madre (de soltera):** \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE SOLICITA EL ACTA

**SE REQUIERE DOCUMENTO DE IDENTIDAD VIGENTE EMITIDO POR EL GOBIERNO Y COMPROBANTE DE DOMICILIO**

**Nombre:**  
 Primer Nombre: \_\_\_\_\_  
 Apellido(s): \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
**Ciudad:** \_\_\_\_\_  
**Estado:** \_\_\_\_\_  
**Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono:** \_\_\_\_\_

**Su firma:** \_\_\_\_\_  
**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Tipo de identificación:** \_\_\_\_\_  
**Número de identificación:** \_\_\_\_\_  
**Fecha de vencimiento:** \_\_\_\_\_

**SU RELACIÓN (MARQUE UNO):**  
 Usted mismo: \_\_\_\_\_  
 Madre/Padre: \_\_\_\_\_  
 Esposa/Esposo: \_\_\_\_\_  
 Hija/Hijo: \_\_\_\_\_  
 Hermana/Hermano: \_\_\_\_\_  
 Abuela: \_\_\_\_\_  
 Abuelo: \_\_\_\_\_  
 Tutor Legal/Abogado: \_\_\_\_\_

**¿PARA QUÉ NECESITA EL ACTA?**  
 Identificación/Licencia: \_\_\_\_\_  
 Escuela: \_\_\_\_\_  
 Empleo: \_\_\_\_\_  
 Inmigración: \_\_\_\_\_  
 Pasaporte: \_\_\_\_\_  
 Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Otro motivo: \_\_\_\_\_

### PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE

**Second Signature:** \_\_\_\_\_ **Relationship:** \_\_\_\_\_  
**Form of ID:** \_\_\_\_\_ **ID#** \_\_\_\_\_ **Exp. Date** \_\_\_\_\_

**Paper#:** \_\_\_\_\_ **Payment Info:** \_\_\_\_\_

**LA PENA POR HACER UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTE FORMULARIO A SABIENDAS PUEDE SER DE 2 A 10 AÑOS DE PRISIÓN Y UNA MULTA DE HASTA \$5,000 (Artículo 4477c Estatutos Civiles Revisados de Texas)**