

7201 Levander Loop, Bldg C • Austin, TX 78702

Phone (512) 972-4784 • www.vitalchek.com • Fax (512) 972-5208

Se requiere document de identidad vigente emitido por el gobierno para todos solicitudes. *

*Para detalles, visite www.dshs.texas.gov/vs/reqproc/Acceptable-IDs/

PARTE 1. LA PERSONA QUE SOLICITA EL ACTA

Certificados de registros vitales se les pueden emitir a la persona registrada o a un miembro de su familia inmediata (los padres, abuelos, tutor legal, cónyuge, hermanos o hijos de la persona registrada) o a otras persona que tengan un interés legal y tangible en el registro (se deberá evidenciar por medio de documentos suficiente para establecer que existe tal necesidad).

Su nombre legal: _____

Su direccion actual: _____ (DIRECCION) _____ (CIUDAD, ESTADO, CODIGO POSTAL)

Numero de telefono: _____ Correo electronico: _____

Su **RELACION** con la persona en el acta: YO MISMO MADRE/PADRE ABUELO/ABUELA HIJA/HIJO
 HERMANO/HERMANA ESPOSO/ESPOSA GUARDIAN LEGAL OTRO: _____

MOTIVO de la compra el acta: REGISTRO DE RECIÉN NACIDO EXPEDIENTE PERSONALES PASAPORTE
 LICENCIA DE CONDUCIR/ID BENEFICIOS / SEGURO APOSTILLA OTRO: _____

PARTE 2. INFORMACIÓN SOBRE EL ACTA DE NACIMIENTO Ó DEFUNCION

Nombre legal: _____ Gender: HOMBRE MUJER
 PRIMER _____ SEGUNDO _____ APELLIDO(S) _____

Pariente #1: _____ APELLIDO DE SOLTERA _____
 PRIMER _____ SEGUNDO _____

Pariente #2: _____ APELLIDO DE SOLTERA _____
 PRIMER _____ SEGUNDO _____

ACTA DE NACIMIENTO \$23 CADA ACTA

Fecha de nacimiento: _____
 (MES/DIA/AÑO)

Lugar de nacimiento: _____, _____ Texas
 (CIUDAD) (CONDADO)

ACTA LARGA Disponible **SOLO** para nacimientos en **AUSTIN**

ACTA CORTA Disponible para la **MAYORIA** nacimientos en **TEXAS**

Cuantas: _____ LARGA _____ CORTA



ACTA DE DEFUNCION \$21 MÁS \$4 PARA COPIAS ADICIONALES CUANDO ORDENADO AL MISMO TIEMPO

Fecha de defuncion: _____
 (MES/DIA/AÑO)

Lugar de defuncion: AUSTIN, TEXAS

Cuantas totales: _____

Sobre Protector \$2.00 CADA SOBRE Cuantas sobres largas: _____ Cuantas sobres cortas: _____

LA PENALIDAD POR HACER UNA DECLARACIÓN FALSA A SABIENDAS EN ESTE FORMULARIO PUEDE SER DE 2 a 10 AÑOS EN PRISIÓN Y MULTA DE HASTA \$10,000 (Código de Salud y Seguridad, Capítulo 195, Sec 195.003)

Su firma: _____ La fecha de hoy: _____

----- **ALTO -- PARA USO DE OFICINA** ----- **REV 01/2024**

Paper #(s) _____

Payment Information: _____
