METRO HEALTH
SAN ANTONIO'S PUBLIC HEALTH TEAM

Application for Certificate
Applicacion para Certificado

Office of Vital Statistics
719 S. Santa Rosa Street, Suite A
San Antonio, Texas 78204
Tel. 210-207-8754
http://www.sanantonio.gov/health/vital

INSTRUCTIONS *(INSTRUCCIONES)*

- Read all instructions carefully before completing the application. *Lea todas las instrucciones con cuidado antes de llenar la solicitud.*
- If any relevant part of the application is left blank, it will be returned to you. *Si alguna parte de la aplicación deja en blanco, será regresada.*
- Make sure you are eligible to apply: Self, Mother, Father, Brother, Sister, Children, Spouse, Grandparents, Step-Parents or Siblings, Legal Guardian or Representative. *Asegure que califica para aplicar: Mismo, Madre, Padre, Hermano, Hermana, Hijo(a), Esposo(a), Abuelos (as), Padrastro, da un paso-hermanos, Custodia Legal o Represente Legal.*
- State law requires that any time we search for a certificate and it is not found, we must charge a "SEARCH FEE" equal to the certificate fee. Search fees are not refundable or transferable. *La ley estatal requiere que cuando se busca una acta y no se encuentra, se cobra un "cargo de busqueda", igual al costo del certificado. El cargo no es regresado ni transferible.*

APPLICANT—PLEASE PRINT *(Applicante—Imprima por favor)*

Your Name *(Su Nombre)*	**Phone No.** *(Numero de telefono)*
Mailing address *(Direccion)*	
City *(Ciudad)* **State** *(Estado)*	**Zip Code** *(Zona postal)*

Circle the reason for obtaining the certificate

Passport Immigration Genealogy Other _____

(Circulo el razon para obtener el certificado)

Pasaporte Imigracion Genealogico Otro _____

Circle your relationship to the person named on the certificate

Self Father Mother Wife Husband Brother Sister Grandparent

Other _____

(Circulo el relacion a la persona nombrada en el certificado)

Mismo Padre Madre Esposa Esposo Hermano Hermana Abuelos,

Otro _____

Your Signature *(Firma)*	**Date** *(Fecha)*

BIRTH CERTIFICATE *(ACTA DE NACIMIENTO)*

First Name *(Primer nombre)*	**Middle Name** *(Segundo nombre)*	**Last Name on Certificate** *(Apellido en al acta)*
Date of Birth *(Fecha de nacimiento)*	**City of Birth** *(Ciudad de nacimiento)*	**Sex** *(Sexo)*
Father First Name *(Primer nombre del padre)*	**Middle name** *(Segundo)*	**Last Name** *(Apellido)*
Mother First Name *(Primer nombre de la madre)*	**Middle Name** *(Segundo)*	**Maiden Name** *(Apellido de soltera)*

DEATH CERTIFICATE *(ACTA DE DEFUNCION)*

First Name of Deceased *(Primer nombre del difunto)*	**Middle Name** *(Segundo nombre)*	**Last Name** *(Apellido)*
Date of Death *(Fecha de defuncion)*	**County of Death** *(Condado de fallecimiento)*	**Sex** *(Sexo)*

TYPE / QUANTITY

Birth Certificate
(Acta de nacimiento)
_____ each at $23.00

Plastic Cover [in person sales only]
(Forro de plastico)
_____ each at $2.00

Death Certificate
(Acta de defuncion)
_____ each at $21.00

Extra Copy
(Copias extra)
_____ each at $4.00

Plastic Cover [in person sales only]
(Forro de plastico)
_____ each at $2.00

Immunization Record
(Constancia de Immunizacion)
_____ each at $5.00

*** If mailing the application, please send a copy of applicant's photo ID and a check or money order payable to City of San Antonio. ***
(Si envia solicitud por coreo, favor de mandar un copia de su Identificacion y un cheque o giro pagable a City of San Antonio.)

WARNING:
The penalty for knowingly making a false statement in this form can be 2-10 years in prison and a fine of up to $10,000 (Health and Safety, Chapter 195, Sec. 195.003)

AVISO:
La multa por proporcionar una declaracion falsa en este formulario es de 2 a 10 anos y una multa hasta $10,000.00 (Codigo de Seguridad y salud, Capitulo 195, Sec. 195.003)

OFFICE USE ONLY
(SOLAMENTE PARA LA OFICINA)

ID Type	
Sheet No. From	Sheet No. Thru
File No.	Ticket No.