



City of San Antonio
Aplicación de correo para

Acta de nacimiento o defunción

POR FAVOR IMPRIMIR. INCLUYE UNA FOTOCOPIA DE SU ID VALIDO AL ENVIAR EN LA SOLICITUD.

Se requiere un cheque o giro postal y se paga a: Ciudad de San Antonio. Todos los fondos se depositan directamente en las Cuentas de la Ciudad de San Antonio.
Si paga con cheque, debe incluirse el documento de identidad del titular/firmante del cheque. Tenga en cuenta que la selección de un cargo por franqueo es NECESARIA para todos los pedidos por correo y el servicio de correo prioritario requerirá una firma en el momento de la entrega. Se requiere una prueba de relación para los solicitantes no autónomos o no parentales.

OFFICE USE ONLY

File No:

Sheet No:

Registro de nacimiento				Registro de defunción			
Tipo	Costo X	Cantidad	Total	Tipo	Costo X	Cantidad	Total
Forma Larga (solo nacimientos de San Antonio)	\$23		\$	Copia certificada (solo en el condado de Bexar)	\$21		\$
Resumen del Estado (1926-presente)	\$23		\$	Copias adicionales	\$4		\$
Correros Prioritarios (3-5 días)	\$13		\$	Correros Prioritarios (3-5 días)	\$13		\$
Servicio nocturno	\$24.25		\$	Servicio nocturno	\$24.25		\$
Hoja protectora	\$2		\$	Hoja protectora	\$2		\$
Total (cheque o giro postal pagado a la ciudad de San Antonio)			\$	Total (cheque o giro postal pagado a la ciudad de San Antonio)			\$

INFORMACIÓN EN EL ACTA DE NACIMIENTO O DEFUNCION (Parte I) - Si solicita un registro de defunción, se requiere la fecha de muerte.				
Nombre completo de la persona registrada	Primer nombre	Segundo nombre		Apellido(s)
Fecha de nacimiento o defunción	Mes	Día	Ano	Sexo
Lugar de Nacimiento	Ciudad	Condado		Estado
Nombre de la madre	Primer nombre	Segundo nombre		Apellido(s) de soltera
Nombre del padre	Primer nombre	Segundo nombre		Apellido(s) de soltero

INFOMACION DEL SOLICITANTE (Parte II)			
Nombre del solicitante	Número de teléfono		Correo electrónico
Dirección postal completa	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Relación a la persona en el acta	Motivo de solicitud:		
<input type="checkbox"/> Autorizo el envío por correo a la dirección a continuación. He verificado que la dirección a continuación recibirá mi pedido			
Nombre de la persona que recibe copias, si es diferente del solicitante:			
Dirección postal para copias, si es diferente del solicitante:			
Ciudad	Estado		Codigo Postal

DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONAL (Debe firmarse en presencia de un notario publico) (Parte III)			
ESTADO DE _____	PAÍS DE _____	Ante me, esta día se presentó personalmente _____ (Nombre del solicitante)	
(Dirección)	(Ciudad)	(Estado)	
Quien está relacionado con la persona nombrada en la Parte I cómo _____ y quién, bajo juramento, deposita y dice que el contenido de esta declaración jurada es verdadero y correcto. (Relación)			
El solicitante presentó el siguiente tipo y número de identificación: _____			
Firma del solicitante _____	Jurado y suscrito ante mí, este _____ día de, _____		
(Sello)	Firma del notario público y número de identificación del notario: _____		
	Typed or Printed Name: _____		
	Commission Expires: _____		
	Street Address: _____		

ADVERTENCIA: ES UN DELITO DE FALSIFICAR INFORMACIÓN SOBRE ESTE DOCUMENTO. LA PENA PARA HACER UNA DECLARACIÓN FALSA EN ESTA FORMULARIO O PARA FIRMA DE UN FORMULARIO QUE CONTIENE UNA DECLARACIÓN FALSA ES DE 2 A 10 AÑOS DE PRISION Y UNA MULTA DE HASTA \$10,000 (CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPITULO 195, SEC 195.003)

ENVÍE POR CORREO ESTA SOLICITUD, PAGO Y UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTO VÁLIDA A
DEPARTAMENTO DE REGISTROS VITALES
719 S SANTA ROSA
SAN ANTONIO, TX 78204

Para preguntas o asistencia, nos pueden contactar al (210) 207-8781