

OFFICE USE ONLY  
 Cert. # \_\_\_\_\_  
 Document Control # \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 By \_\_\_\_\_



Sarah Vasquez  
 County Clerk  
 Brewster County  
 Drawer 119  
 Alpine, Texas 79831

OFFICE USE ONLY  
 Receipt \_\_\_\_\_  
 Amount \$ \_\_\_\_\_  
 Cash Check Credit Card  
 Date \_\_\_\_\_  
 By \_\_\_\_\_

**Acta de Nacimiento**  
 # Requested \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Copia Certificada x \$26.00  
 \_\_\_ Copia Abstracto x \$26.00  
 Total = \_\_\_\_\_

Imprimir pagina 2 para  
 instrucciones por favor

**Acta de Defuncion**  
 # Requested \_\_\_\_\_  
 \_\_\_ Copia Certificada x \$21.00  
 \_\_\_ Copia Extra x \$4.00  
 Total = \_\_\_\_\_

1. Nombre de la persona en el certificado	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
2. Fecha de nacimiento / defuncion	MES	DIA / AÑO	SEXO MACHO FEMENINO
3. Lugar de nacimiento / druncion	CIUDAD / PUEBLO	CONDADO	ESTADO
4. Nombre del padre	PRIMERO NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO
5. Nombre del madre	PRIMERO NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO

6. Usted Nombre: \_\_\_\_\_ 7. Telephone #: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 8. Direccion de envio: \_\_\_\_\_  
 direccion ciudad estado codigo postal  
 9. Relacion con el nombre de las persona en el numero 1: \_\_\_\_\_  
 10. Proposito para obtener este registro: \_\_\_\_\_  
 11. Identificacion adicional para el certificado de defuncion  
 Numero de seguridad social del fallecido \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Las tarifas estan sujetas a cambios sin previo aviso (llame al 512.458.711 para verificar las tarifas). Para cualquier busqueda de los archivos donde no se encuentra un registro, la tarifa de busqueda no es reembolsable ni transferible. Puede esperar recibir su certificado en un plazo de 6 a 8 semanas. Esta(s) tarifa(s) fue establecida por la Junta de Salud de Texas y no fue ordenada por la Legislatura de Texas. Los registros de Nacimiento son confidenciales durante 75 anos y los registros de defuncion durante 25 anos; por lo tanot, las emision esta restrigida. Las reglas administrativas requieren que en los registros restrigidos, se proporcione toda la information de identificacion (numero 1-5), relacion (numero 9) y proposito (numero 10) para poder emitir el registro.

**ADVERTENCIA: LA PENALIDAD PR HACER CONOCIMIENTOS UNA DECLARACION FALSO EN EL FORMULARIO PUREDE SER DE 2 A10 ANOS DE PRISION Y UNA MULTA DE HAST \$10,000. (CODIGO DE SALUD Y SEGURIDAD, CAPITULO 195, SEC. 195.003)**

**ADJUNTE FOTOCOPIA DE IDENTIFICATION VALIDA. LA SOLICITUD NO SERA PROCESADA SIN INDETIFICAICON.**

FIRMA \_\_\_\_\_ FECHA DE APPLICACION \_\_\_\_\_  
 TIPO DE IDENTIFICACION \_\_\_\_\_ NUMERO \_\_\_\_\_

**PREBA DE IDENTIFICACION NOTARIADA**

**INTRODUZCA EL NOMBRE, FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO / FALLECIMIENTO Y NOMBRES DE LOS PADRES COMO APARECE LA INFORMACION EN EL CERTIFICADO DE NACIMIENTO / FALLECIMIENTO**

NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA REGISTRADA	FECHA DE NACIMIENTO / DEFUNCION
LUGAR DE NACIMIENTO / DEFUNCION (CIUDAD O CONDADO)	SEXO
NOMBRE DEL PADRE 1	NOMBRE DEL PADRE 2

**INGRESE LA RELACION CON LA PERSONA EN EL REGISTRO Y EL TIPO DE IDENTIFICATION UTILIZADA**

NOMBRE Y RELACION CON LA PERSONA REGISTRADA	TIPO Y NUMERO DE IDENTIFICACION ACEPTADA CUANDO ESTA NOTARIZADA
---	---

**DECLARACION JURADA DE CONOCIMIENTO PERSONALES**

**ESTA SECCION DEBE FIRMARSE EN PRESENCIA DE NOTARIO**

STATE OF \_\_\_\_\_  
 COUNTY OF \_\_\_\_\_  
 Before me on this day appeared \_\_\_\_\_  
 Now residing at \_\_\_\_\_  
 Who is related to the person named on Part 1 as \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_.

Signature of Notary Public	
Commission Expires	
Typed or Printed Name	
Street Address	
City, State and Zip	

**ADVERTENCIA: ES UN DELITO FALSIFICAR LA INFORMACION DEL DOCUMENTO. LA PENALIDAD POR HACER CONOCIMIENTOS UNA DELCARACION FALSA EN ESTE FORMULARIO O POR FIRMAR UN FORMULARIO QUE CONTIENE UNA DECLARACION FALSA ES DE 2 A 10 ANOS DE PRISIONY UNA MULTA DE HASTA \$10,000. (Codigo de salud y sefuridad, capitulo 195, seccion 195.003)**

**ENCIE ESTA DECLARACION JURADA, SOLICITUD, PAGO Y UNA FOTOCOPIA DE SU IDENTIFICACION CON FOTO VALIDA A:**

Sarah Vasquez  
 County Clerk  
 Brewster County  
 Drawer 119  
 Alpine, Texas 79831

**(LAS SOLICITUDES SIN DECLARACION JURADA Y FOT DE IDENTIFICACION NO SERAN PROCESADAS)**