



Houston Department of Health and Human Services

Estadística Vital, Primer Piso

8000 N. Stadium Drive, Houston, TX 77054

Tel: 713-794-9050 • 713-247-1555 • FAX: 713-794-9991

www.houstonhealth.org

Solicitud Para Copia Certificada de Certificado de Defunción

DEBE LLENAR TODA LA SOLICITUD. USE LETRA DE MOLDE.

Número de Referencia / Hora

1. La ley estatal requiere que los certificados de defunción sean otorgados solamente a "Personas que Califican" como miembros inmediatos de la familia o personas que tienen interés legal. **Los certificados no son información pública.**
2. Las personas que califican tienen que tener identificación con foto oficial (Licencia de manejar, etc..)
3. **Los certificados de defunción disponibles son aquellos que han ocurrido dentro del distrito de registración de la ciudad de Houston.**
4. Los certificados **no están disponibles** si ocurrieron fuera de Houston o en otros estados o países.
5. La ley estatal requiere que cuando se busca un certificado y no se encuentra, se cobra un "cargo de búsqueda" igual a el costo de certificado. **El cargo no es regresado ni transferable. Escriba sus iniciales** →

(para indicar que ha leído)

Cantidad de certificados de defunción: _____

Número de archivo

COSTO: \$10.00 dólares primer copia, \$4.00 dólares cada copia adicional del mismo certificado.

Nombre completo en el certificado: _____
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Fecha de defunción: ____/____/____ Sexo: [M] [F] Funeraria: _____
(mes) (día) (año)

Ciudad de defunción: _____ Condado de defunción: _____

Nombre completo del padre: _____
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Apellido de soltera de la madre: _____
(apellido) (primer nombre) (segundo nombre)

Razon por la cual solicita el certificado: _____

¿Cual es su relación con la persona nombrada en el certificado?: _____

¿Sabe usted si se ha hecho alguna vez una enmienda a este certificado?: _____

Si así es, explique _____

Nombre del solicitante (en letra de molde): _____

Número de teléfono durante el día

Dirección del solicitante: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona postal: _____

Número de teléfono

Firma del solicitante: _____

AVISO: La pena por proporcionar una declaración falsa en este formulario es una felonía de tercer grado y tiene como castigo una sentencia a prisión de 2 a 10 años y una multa de hasta \$10,000.00. (Health and Safety Code of Texas, Chapter 195, Sec. 195.003)

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Clerk: _____ Total Number of Applications: _____

TDL #: _____ Social Security #: _____ Other ID #: _____