



For Office Use Only
Pick Up/Mailed _____

**PUBLIC HEALTH AND
SOCIAL SERVICES DEPARTMENT**
412 Lilly Road N.E.
Olympia, WA
(360) 867-2618 Fax: (360) 867-2600

APLICACION PARA ACTA DE NACIMIENTO
(Solo en el Estado de Washington)

FECHA: _____ \$20.00 por copia.
Cantidad de actas: _____ x \$20.00=\$ _____

NOMBRE COMPLETO AL NACER:

Primer Nombre: _____
Segundo Nombre: _____
Apellido Paterno: _____
Apellido Materno: _____

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

LUGAR DE NACIMIENTO:

Ciudad: _____ Municipio: _____
(Condado)

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE:

Primer Nombre: _____
Segundo Nombre: _____
Apellido: _____

NOMBRE COMPLETO DE LA MADRE:

Primer Nombre: _____
Segundo Nombre: _____
Apellido de Soltera: _____

////////////////////////////////////
NOMBRE DEL SOLICITANTE

Nombre: _____ Telf.#() _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado _____ CP _____

Enviar por Correo: _____ Recoger en la Oficina _____