

FOR OFFICE USE ONLY

TODAY'S DATE _____

CASH AMOUNT _____

CHECK # _____ AMOUNT _____

CHARGE AUTH # _____ AMOUNT _____

For Office Use Only
Pick Up/Mailed _____



**PUBLIC HEALTH AND SOCIAL SERVICES DEPARTMENT
Vital Records**

412 Lilly Road NE
Olympia, WA 98506-5132
(360) 867-2618 Fax: (360) 867-2600

APLICACIÓN PARA CERTIFICADO DE NACIMIENTO

1. POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

NOMBRE COMPLETO AL NACER _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ (mes, día, año)

CIUDAD O CONDADO DE NACIMIENTO _____ (Sólo en el edo. de Washington)

NOMBRE COMPLETO DE SOLTERA DE LA MADRE _____

NOMBRE COMPLETO DEL PADRE _____

2. INCLUYA \$20.00 POR CADA CERTIFICADO QUE SOLICITE O LLEVE ESTA SOLICITUD AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES DEL CONDADO DE THURSTON.

a. ¿Cuántos certificados desea? _____ X \$20.00 = \$ _____

ELIJA UNA FORMA DE PAGO: Márquela con una (X)

Efectivo Cheque # _____ (A nombre de TCHD) Visa MasterCard

3. POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN PARA RECOGER O ENVIAR POR CORREO:

a. Nombre _____

b. Dirección postal _____

c. Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

d. Número de teléfono _____

4. El certificado será: RECOGIDO O ENVIADO POR CORREO

Número de tarjeta de crédito _____ / _____ / _____ / _____

Fecha de expiración ____ / ____

Nombre del titular de la tarjeta y dirección (si es diferente a la información de arriba)

Las aplicaciones pueden enviarse o entregarse a:
Thurston County Public Health and Social Services – ATTN: Vital Records
412 Lilly Road NE; Olympia, WA 98506-5132
O

Pueden enviarse por fax al (360) 867-2600

Para imprimir una copia de esta aplicación, visite nuestro sitio web en:

www.co.thurston.wa.us/health/admin/vitals/index.html