

**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 DEFUNCIÓN**

**1. POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:**

NOMBRE COMPLETO DEL DIFUNTO/A \_\_\_\_\_

FECHA DE DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_ (mes, día, año)

CIUDAD O CONDADO EN DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN \_\_\_\_\_

**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 = \$ \_\_\_\_\_

**3. POR FAVOR LLENE ESTA SECCIÓN PARA RECOGER O ENVIAR EL CERTIFICADO 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

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

Efectivo  Cheque # \_\_\_\_\_ (A nombre de TCHD)  Visa  MasterCard

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](http://www.co.thurston.wa.us/health/admin/vitals/index.html)**