



Cowlitz County Health Department

900 Ocean Beach Highway, Suite 1-B
Longview, WA 98632
TEL (360) 414-5599
FAX (360) 425-7531
www.co.cowlitz.wa.us/health

Board of County Commissioners

Mike Karnofski District 1
George Raiter District 2
James Misner District 3

VITAL RECORDS REQUEST FORM

IMPORTANT INFORMATION - PLEASE READ FIRST

PROCESSING – Items required are completed form and payment.

WASHINGTON Birth Certificates from 1921 to present can be picked up (show receipt and ID) the next business day after 2pm or mailed by standard mail time. Please Note: **NEWBORN Certificates** may take up to 6 weeks.

COWLITZ COUNTY Death Certificates for the current and previous month can be picked up the next business day after 2pm or mailed by standard mail.

Note: Orders marked for pick up that are not picked up within 10 business days will be mailed.

PAYMENT – There will be a \$25 fee for all returned checks. (Cowlitz County Resolution No. 03-044)

Request made by mail: Check or Money Order payable to **CCHD** and mailed to address listed above. The Department does not assume responsibility for cash lost in the mail.

Request made in person: Cash, Check or Debit with \$2.50 debit transaction fee.

Did birth occur in Washington? Yes: Complete sections 1, 2, 3 & 5. No: Request must be made to health department of state where birth occurred.

Did death occur in Cowlitz County within the previous or current month?

Yes: complete sections 1, 2, 4 & 5. No: Please request Center for Health Statistics order form.

SECTION 1: FEES & DELIVERY METHOD

FEES

Qty of Certified Certificates requested:

_____ @ \$20.00 ea = \$ _____
TOTAL Payment

DELIVERY METHOD

Please mail to address listed in **Section 5**

I will pick up

I authorize _____ to pick up my certificate(s).
Print Name(s)

FOR OFFICE USE ONLY

Amount: _____ Date: _____

Cashier: _____ Date Mailed / PU: _____

Staff verification of receipt & ID: _____

I, the requestor or authorized person, verify that I have received certificate(s)

Signature

***Please print clearly; illegible or incorrect information may delay your order.**

***SECTION 2: REQUESTOR**

Name of person ordering record: _____ Date of Birth _____ Phone _____

Complete Mailing Address: _____

SECTION 3: BIRTH CERTIFICATE *EXACT INFORMATION REQUIRED

Full Name on record _____

Date of birth _____ City or County of birth in Washington: _____

Father's Full Name _____

Mother's Full MAIDEN Name _____

***SECTION 4: COWLITZ COUNTY DEATH CERTIFICATE**

Full name on record _____

Current or previous month's date of death _____

Cowlitz County city of death _____

***SECTION 5: MAILING ADDRESS**

The information below will serve as your mailing label.

Name _____

Address _____

City, State, Zip



Cowlitz County Health Department

900 Ocean Beach Highway, Suite 1-B
Longview, WA 98632
TEL (360) 414-5599
FAX (360) 425-7531
www.co.cowlitz.wa.us/health

Board of County Commissioners

Mike Karnofski District 1
George Raiter District 2
James Misner District 3

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTROS VITALES

INFORMACIÓN IMPORTANTE: LEER PRIMERO

PROCESAMIENTO: los elementos requeridos son el formulario completo y el pago.

Los **certificados de nacimiento de WASHINGTON** desde 1921 hasta el presente se pueden recoger (mostrar recibo y documento de identidad) el siguiente día hábil después de las 2 p. m. o remitirse por correo con fecha de entrega común. Importante: los **certificados de RECIÉN NACIDOS** pueden demorar hasta 6 semanas.

Los **certificados de defunción del CONDADO DE COWLITZ** para el mes corriente y el anterior pueden recogerse el siguiente día hábil, después de las 2 p. m. o remitirse por correo estándar.

Nota: los pedidos que se hayan consignado para pasar a retirar y que no sean retirados dentro de los 10 días hábiles serán despachados por correo.

PAGO: habrá un arancel de \$25 por todos los cheques rechazados. (Resolución del Condado de Cowlitz N.º 03-044).

Solicitud por correo: Cheque o giro a la orden del **CCHD** y enviado a la dirección que se indica arriba. El Departamento no asume responsabilidad por dinero en efectivo que se extravía en el correo.

Solicitud hecha en persona: Efectivo, cheque o débito con arancel de transacción de débito de \$2,50.

¿**El nacimiento se produjo en Washington?** Sí: completar secciones 1, 2, 3 y 5. No: la solicitud se debe realizar al departamento de salud del estado donde se produjo el nacimiento.

¿**El fallecimiento se produjo en el Condado de Cowlitz dentro del mes corriente o anterior?**

Sí: completar secciones 1, 2, 4 y 5. No: solicitar al centro el formulario de pedido de Estadísticas de Salud.

SECCIÓN 1: ARANCELES Y MÉTODO DE ENTREGA

ARANCELES

Cantidad de certificados solicitados:

_____ a \$20,00 c/u = \$ _____
Pago TOTAL

MÉTODO DE ENTREGA

Por favor, enviar a la dirección indicada en la **Sección 5**

Yo lo recogeré

Autorizo a _____ a recoger mi/s certificado/s.
Nombre/s en letra de molde

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Amount: _____ Date: _____

Cashier: _____ Date Mailed / PU: _____

Staff verification of receipt & ID: _____

Yo, como solicitante o autorizado, ratifico que he recibido el o los certificados

Firma

***Escriba en letra de molde clara; la información ilegible o incorrecta puede demorar su pedido.**

***SECCIÓN 2: SOLICITANTE**

Nombre de la persona que solicita el registro: _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

Domicilio postal completo: _____

SECCIÓN 3: CERTIFICADO DE NACIMIENTO *SE REQUIERE INFORMACIÓN EXACTA

Nombre completo en el registro _____

Fecha de nacimiento _____

Ciudad o condado de nacimiento en Washington: _____

Nombre completo del padre _____

Nombre completo de SOLTERA de la madre _____

***SECCIÓN 4: CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN DEL CONDADO DE COWLITZ**

Nombre completo en el registro _____

Fecha de defunción del mes corriente o anterior _____

Ciudad de defunción en el Condado de Cowlitz _____

***SECCIÓN 5: DOMICILIO POSTAL**

La siguiente información servirá como su etiqueta de envío.

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, estado, código postal