

Office Use Only:
 AM PM MAIL CALL



DEPARTAMENTO DE SALUD
DEL CONDADO DE WHATCOM
**Solicitud de Certificado de
Nacimiento y Defunción
del Estado de Washington**

509 Girard Street
Bellingham, WA 98225
Teléfono: 360-778-6000
Fax: 360-778-6001

- Envíela por correo o llévala personalmente al Departamento de Salud a la dirección detallada más arriba.
- El horario de atención es de 8:30 a.m. a 4:30 p.m., de lunes a viernes (cerrado los días feriados).
- Para solicitudes EN LÍNEA, visite nuestro sitio web: <http://www.whatcomcounty.us/1575/Birth-Death-Certificates>
 - **NOTA:** Las solicitudes de certificados en línea se procesan el día hábil siguiente.
- Los certificados de recién nacidos *generalmente* están disponibles tres semanas después de la fecha de nacimiento.
- Las solicitudes que se reciban personalmente antes de las 11:30 AM estarán disponibles a las 3:00 PM del mismo día hábil. Las solicitudes que se reciban después de las 11:30 AM estarán disponibles a las 10:00 AM del día hábil siguiente.

La persona que retire o solicite un certificado debe completar el siguiente formulario a los efectos de identificación.

Nombre del solicitante _____
Domicilio _____
Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
Teléfono de contacto durante el día (_____) _____

**Certificados de NACIMIENTO – Solo para el Estado de Washington –
1 de julio de 1907 a la actualidad – SE REQUIERE INFORMACIÓN EXACTA**

Cantidad de copias solicitadas _____ (\$20 por copia)

NOMBRE EN EL CERTIFICADO _____
Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO _____ LUGAR DE NACIMIENTO _____
Mes Día Año (Ciudad o Condado)

NOMBRE DE NACIMIENTO DEL PADRE _____ No se
Nombre Segundo nombre Apellido de nacimiento detalla

NOMBRE DE NACIMIENTO DE LA MADRE _____
Nombre Segundo nombre Apellido de nacimiento (de soltera)

**Certificados de DEFUNCIÓN – Solo para defunciones
en el Condado de Whatcom *** 1989 a la ACTUALIDAD *****

Cantidad de copias solicitadas _____ (\$20 por copia)

NOMBRE EN EL CERTIFICADO _____
Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE DEFUNCIÓN _____ LUGAR DE DEFUNCIÓN _____
(o período de búsqueda de 10 años) Mes Día Año (Ciudad más cercana en el Condado de Whatcom)

***** SOLO PARA USO DEL REGISTRO CIVIL *****

Certificate(s) Pending: Newborn _____ Paternity _____
Certificate(s) Issued: Counter _____ Mailed _____ Date Issued _____