



CLARK COUNTY PUBLIC HEALTH

1601 E. Fourth Plain Blvd. • PO Box 9825
Vancouver, WA 98666-8825
(360) 397-8092 • cntyhealthvitalrecor@clark.wa.gov

\$20 PER COPY

BIRTH CERTIFICATE APPLICATION WASHINGTON STATE ONLY 1907-PRESENT

Today's Date
Fecha de hoy: _____

Copies
copias _____

Name on Record: _____
Nombre en el Registro First/premier Middle/secundo Last/apellido de soltera
Solo para las mujeres

Date of Birth: _____
Fecha de nacimiento Month/mes Day/día Year/año

Place of Birth: _____
Lugar de nacimiento City/cuidad County/condado Hospital

Father's Name: _____
Nombre del padre First/premier Middle/secundo Last/apellido

Mother's Maiden: _____
Nombre de soltera First/premier Middle/secundo Last/apellido de soltera
De la madre solo para las mujeres

Requestor's information (required) se requiere el nombre y direccion del solicitante

Name : _____ Phone Number: _____
Nombre número de teléfono

Address: _____ Apt # _____
dirección

City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Ciudad estado código postal

Payment Information / información del pago

Credit Card Number
número de tarjeta de crédito: _____ Exp: _____ CVV: _____

Billing Address Same as Requestor
dirección de envío: _____ mismo como solicitante

For office use only:

Type of Payment: cash MO/check credit/debit Invoice #: _____

Mo/Check#: _____

Amount Rec'd: _____

Checks accepted for mail-in orders only

Certificate #'s: _____