

Birth or Death Certificate Order Form

Valid identification required. It is a criminal violation to make false statements on this form or to fraudulently obtain a record. Please review the certificate for accuracy; copies will not be replaced after 90 days of the issue date. All fees are nonrefundable.

Section 1: Person Ordering Certificate (You):

_____ First and Last Name		_____ Phone Number		
_____ Address		_____ City	_____ State	_____ ZIP
Relationship to person on certificate:	Self	Parent	Grandparent	Sibling
	Spouse	Child	Grandchild	
_____ Signature		_____ Date		

Section 2: Record Type and Quantities:

Additional copies must be ordered at the same time to be priced at \$10 each

Birth Certificate, first certified copy: **\$22.00**

Death Certificate, first certified copy: **\$30.00**

_____ additional certified copies: **\$10.00 each**

_____ additional certified copies: **\$10.00 each**

TOTAL: _____

Section 3: Person on Certificate:

_____ First Name		_____ Middle Name		_____ Last Name	
_____ Date of Birth		_____ City and County of Birth			
_____ Parent 1 First Name	_____ Parent 1 Middle Name	_____ Parent 1 Last (Maiden) Name		_____ Parent 1 Date of Birth	
_____ Parent 2 First Name	_____ Parent 2 Middle Name	_____ Parent 2 Last Name		_____ Parent 2 Date of Birth	
For death certificate requests:					
_____ Date of Death		_____ City and County of Death		_____ Spouse's Name	

HEALTH DEPARTMENT USE ONLY

A. Fee (\$5.00) E. Fee (\$15.00) ORS Fee (\$5.00) Total Paid: _____ Clerk: _____
 Credit: _____ Cash Check #: _____ Paper #(s): _____

Formulario de Solicitud de Certificado de Nacimiento o Defunción

Se requiere identificación válida. Es una infracción penal hacer declaraciones falsas en este formulario u obtener fraudulentamente un registro. Por favor revise el certificado para su exactitud; las copias no serán reemplazadas después de 90 días de la fecha de emisión. Todas las tarifas no son reembolsables.

Sección 1: Persona que Solicita el Certificado (Usted):

Nombre y Apellido(s) _____		Número de Teléfono _____		
Dirección _____	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____	
Relación con la persona que figura en el certificado:	Yo Mismo/a	M/Padre	Abuelo/a	Hermano/a
	Esposo/a	Hijo/a	Nieto/a	
Firma _____	Fecha _____			

Sección 2: Tipo y Cantidades de Registros:

Las copias adicionales deben pedirse al mismo tiempo y costarán \$10 cada una

Certificado de Nacimiento, primera copia certificada: **\$22.00**

Certificado de Defunción, primera copia certificada: **\$30.00**

_____ copias certificadas adicionales: **\$10.00 cada uno**

_____ copias certificadas adicionales: **\$10.00 cada uno**

TOTAL: _____

Sección 3: Persona que Figura en el Certificado:

Nombre _____	Segundo Nombre _____	Apellido(s) _____	
Fecha de Nacimiento _____	Ciudad y Condado de Nacimiento _____		
Nombre de M/Padre 1 _____	Segundo Nombre de M/Padre 1 _____	Apellido(s) (de Soltera) de M/Padre 1 _____	Fecha de Nacimiento de M/Padre 1 _____
Nombre de M/Padre 2 _____	Segundo Nombre de M/Padre 2 _____	Apellido(s) de M/Padre 2 _____	Fecha de Nacimiento de M/Padre 2 _____
Para pedidos de certificados de defunción:			
Fecha de Defunción _____	Ciudad y Condado de Defunción* _____	Nombre del Esposo/a* _____	

USO EXCLUSIVO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD

A. Fee (\$5.00) E. Fee (\$15.00) ORS Fee (\$5.00) Total Paid: _____ Clerk: _____
 Credit: _____ Cash Check #: _____ Paper #(s): _____