

# McHENRY COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH BIRTH RECORD REQUEST FORM



The fee for a certified birth certificate is **\$12.00** for the first and **\$2.00** for each additional certificate.

*\*Please note: Before a request for a birth certificate can be considered, you must specify your eligibility to obtain it. If you are eligible, please indicate on this request your relationship to the individual named on the birth record.*

Birth records are not public records and only the following are entitled to receive a certified birth certificate:

- The person named on the record if 18 years or older.
- Parent(s) listed on the record.
- A legal guardian or legal representative of the child. **\*\*Written evidence of legal guardianship or legal representation is required\*\***

### Two ways to obtain a birth record:

**Mail** your request to:

McHenry County Department of Health  
Attn: Vital Records  
2200 N Seminary Ave.  
Woodstock, IL 60098

**Visit** office in person:

McHenry County Department of Health, Building A  
2200 N Seminary Ave. (Route 47)  
Woodstock, IL 60098  
(815) 334-4510

*Requests must include this completed form and:*

- A valid copy of the requester's photo identification
- Legal documentation (if applicable)
- A check or money order payable to **MCDH**

*When requesting in person, please bring:*

- A valid photo identification
- Legal documentation (if applicable)
- Cash, check, money order or credit card payments accepted. **\*\*Fees apply when using credit card\*\***

**Please complete this section**

Number of certificates: \_\_\_\_\_ Today's date: \_\_\_\_\_

Name at birth: \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Date of birth: \_\_\_\_\_ Place of birth: \_\_\_\_\_  
Month / Day / Year Hospital Name / Home / Other (please specify)

Mother's full name: \_\_\_\_\_  
First Middle Last (Maiden)

Father's full name: \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Mailing address: \_\_\_\_\_  
Street

\_\_\_\_\_  
City State Zip

Home phone: \_\_\_\_\_ Cell phone: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

Relationship to child: Father / Mother / Legal Guardian / Self

**For office use only**

Amount Paid: \$ \_\_\_\_\_ Cash / Check / Credit Card Initials \_\_\_\_\_

Notes:

# EL DEPARTAMENTO DE SALUD DEL CONDADO DE McHENRY FORMULARIO DE SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO



El costo de un certificado de nacimiento es **\$12.00** por la primera y **\$2.00** por cada certificado adicional.

*\*Por favor tenga en cuenta: Antes de ser considerado para recibir un certificado de nacimiento debe especificar su elegibilidad para obtenerla. Si eres elegible, por favor indique en esta solicitud su relación con el individuo nombrado en el registro de nacimiento.*

Los registros de nacimiento no son registros públicos y solamente los siguientes tienen derecho para recibir certificado de nacimiento:

- La persona nombrada en el registro si es 18 años o mayores.
- Los padres nombrados en el registro.
- Tutor legal o representante legal del niño. \*Pruebas escritas para comprobar que es tutor legal o representante legal se requiere\*

## Dos maneras de obtener un registro de nacimiento:

**Enviar** su solicitud por correo :

McHenry County Department of Health  
Attn: Vital Records  
2200 N Seminary Ave.  
Woodstock, IL 60098

**Visite** la oficina en persona:

McHenry County Department of Health, Building A  
2200 N Seminary Ave. (Route 47)  
Woodstock, IL 60098  
(815) 334-4510

*Llene esta solicitud y enviar junto con:*

- Una copia válida de identificación con fotografía del solicitante
- Documentación legal (si corresponde)
- Un cheque o giro postal a nombre de: **MCDH**

*Atención - al solicitar en persona, favor de traer:*

- Solicitante deber traer su identificación con fotografía
- Documentación legal (si corresponde)
- Aceptamos dinero en efectivo, chequé, giro postal y tarjeta de crédito/debito. \* Hay una tarifa en usar tarjeta\*

### Por favor complete esta sección

Número de certificados: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

El nombre al nacer: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes / Día / Año Nombre del Hospital / Casa / Otro (por favor explique)

Nombre de la madre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido(s)

Nombre del padre: \_\_\_\_\_  
Primer Segundo Apellido(s)

Su domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Código Postal

Número de teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Su relación con el niño(a): Padre / Madre / Guardián Legal / Propio

### Para uso de oficina

Amount Paid: \$ \_\_\_\_\_ Cash / Check / Credit Card Initials \_\_\_\_\_

Notes: \_\_\_\_\_ Revised 4/2017