

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 is required***

Visit office in person:
 McHenry County Department of Health
 Administration Building
 677 Ware Road, Suite 207
 Woodstock, IL 60098
 (815) 334-4510

Crystal Lake Location:
 100 N Virginia Street
 Crystal Lake, IL 60014

Two ways to obtain a birth record:

Mail your request to:
 McHenry County Department of Health
 Administration Building
 Attn: Vital Records
 2200 N Seminary Ave.
 Woodstock, IL 60098

- 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***

- 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**

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 _____

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
Administration Building
Attn: Vital Records
2200 N. Seminary Ave.
Woodstock, IL 60098

Visite la oficina en persona:

McHenry County Department of Health
Administration Building
677 Ware Road, Suite 207
Woodstock, IL 60098
(815) 334-4510

Locación en Crystal Lake:
100 N. Virginia Street
Crystal Lake, IL 60014

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, cheque, 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 _____