



OFICIALÍA DEL REGISTRO CIVIL
SOLICITUD DE REGISTRO

C.
OFICIAL ENCARGADO DEL REGISTRO CIVIL
PRESENTE

REGISTRADO

Sexo: HOMBRE () MUJER ()

NOMBRE: _____
NOMBRE(S) PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO

FECHA DE NACIMIENTO _____ HORA: _____
FECHA DE NACIMIENTO

FUE REGISTRADO VIVO () MUERTO () No. CERTIFICADO DE NACIMIENTO: _____
FUE REGISTRADO

CAMPARECIO: EL PADRE () LA MADRE () AMBOS () REGISTRADO () PERSONA DISTINTA ()

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD _____ AÑOS

DOMICILIO HABITUAL _____
Nombre de la Calle No. Exterior (interior)

(Localidad) (Municipio) (Entidad Federativa) (País) TEL.: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NACIONALIDAD _____ CERTIFICADO SI () NO ()

LUGAR DE NACIMIENTO _____
(Localidad) (Municipio) (Entidad Federativa) (País)

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD _____ AÑOS

DOMICILIO HABITUAL _____
Nombre de la Calle No. Exterior (interior)

(Localidad) (Municipio) (Entidad Federativa) (País) TEL.: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ NACIONALIDAD _____ CERTIFICADO SI () NO ()

LUGAR DE NACIMIENTO _____
(Localidad) (Municipio) (Entidad Federativa) (País)

ABUELOS

ABUELO PATERNO: _____ NACIONALIDAD _____

ABUELA PATERNA: _____ NACIONALIDAD _____

DOMICILIO (S) _____

ABUELO MATERNO: _____ NACIONALIDAD _____

ABUELA MATERNA: _____ NACIONALIDAD _____

DOMICILIO (S) _____

TESTIGOS

NOMBRE _____ NACIONALIDAD _____

DOMICILIO _____ EDAD: _____ AÑOS

NOMBRE _____ NACIONALIDAD _____

DOMICILIO _____ EDAD: _____ AÑOS

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTAN AL REGISTRADO

NOMBRE: _____ EDAD _____ AÑOS PARENTESCO _____

DOMICILIO: _____
(Localidad) (Municipio) (Entidad Federativa) (País)

DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS PADRES

- 1.- TIPO DE NACIMIENTO: (1) SIMPLE (2) DOBLE (3) TRIPLE O MAS 2.- NUMERO DE PARTOS (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) O MAS
- 3.- NUMERO DE HIJOS NACIDOS VIVOS TOTAL _____ 4.- HIJOS E HIJAS QUE AUN VIVEN: _____ TOTAL: _____
HIJOS NACIDOS VIVOS: _____ HIJAS NACIDAS VIVAS: _____ HIJOS QUE AUN VIVEN: _____ HIJAS QUE AUN VIVEN: _____
- 5.- LUGAR DE ATENCIÓN DEL PARTO (1) HOSPITAL O CLÍNICA OFICIAL (2) HOSPITAL O CLINICA PRIVADA (3) CASA PARTICULAR (4) OTRO
- 6.- PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO (1) MEDICO (2) ENFERMERA (3) PARTERA (4) OTRA ESPECIFIQUE
- 7.- TIPO DE UNIÓN DE LA MADRE: (1) SOLTERA (2) CASADA (3) UNIÓN LIBRE (4) SEPARADA (5) DIVORCIADA (6) VIUDA

DEL PADRE

- 8. ESCOLARIDAD
- 1. SIN ESCOLARIDAD
- 2. DE 1 A 3 AÑOS DE PRIM.
- 3. DE 4 A 5 AÑOS DE PRIM.
- 4. PRIMARIA COMPLETA
- 5. SECUNDARIA O EQUIVALENTE
- 6. PREPARATORIA O EQUIVALENTE
- 7. PROFESIONAL
- 8. OTRA

ULTIMO GRADO APROBADO: _____

10. SITUACIÓN LABORAL

- 1. TIENE TRABAJO
- 2. ESTUDIANTE
- 3. DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR
- 4. JUBILADO O PENSIONADO
- 5. INCAPACITADO PERMANENTEMENTE
- 6. OTRA

12. POSICIÓN EN SU TRABAJO

- 1. OBRERO
- 2. EMPLEADO
- 3. JORNALERO O PEÓN
- 4. TRABAJA POR SU CUENTA
- 5. PATRÓN O EMPRESARIO
- 6. TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO

14.- INGRESO MENSUAL \$ _____

FIRMA DEL PADRE: _____

DE LA MADRE

- 8. ESCOLARIDAD
- 1. SIN ESCOLARIDAD
- 2. DE 1 A 3 AÑOS DE PRIM.
- 3. DE 4 A 5 AÑOS DE PRIM.
- 4. PRIMARIA COMPLETA
- 5. SECUNDARIA O EQUIVALENTE
- 6. PREPARATORIA O EQUIVALENTE
- 7. PROFESIONAL
- 8. OTRA

ULTIMO GRADO APROBADO: _____

10. SITUACIÓN LABORAL

- 1. TIENE TRABAJO
- 2. ESTUDIANTE
- 3. DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR
- 4. JUBILADO O PENSIONADO
- 5. INCAPACITADO PERMANENTEMENTE
- 6. OTRA

12. POSICIÓN EN SU TRABAJO

- 1. OBRERO
- 2. EMPLEADO
- 3. JORNALERO O PEÓN
- 4. TRABAJA POR SU CUENTA
- 5. PATRÓN O EMPRESARIO
- 6. TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO

14.- INGRESO MENSUAL \$ _____

FIRMA DE LA MADRE: _____

