

# SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO

**REGISTRADO**

**SEXO:** HOMBRE ( ) MUJER ( )

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_  
NOMBRE (S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ HORA EN QUE NACIO: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

FUE REGISTRADO: VIVO ( ) MUERTO ( ) NO. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

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

## PADRES

**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO HABITUAL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA CALLE, NO. EXTERIOR  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ CERTIFICA: SI ( ) NO ( )

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

DOMICILIO HABITUAL: \_\_\_\_\_ ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ NOMBRE DE LA CALLE, NO. EXTERIOR  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ CERTIFICA: SI ( ) NO ( )

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

## ABUELOS

**ABUELO PATERNO:** \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

**ABUELA PATERNA:** \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

**ABUELO MATERNO:** \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

**ABUELA MATERNA:** \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

## TESTIGOS

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
LOCALIDAD O MUNICIPIO: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

## INFORMACION DE LA MADRE:

**LUGAR DE PARTO:** Hospital o Clinica oficial ( ) Hospital o clinica Privada ( ) Casa particular ( ) Centro de Salud ( )

**QUIEN ATENDIO EL PARTO:** Medico ( ) Enfermera ( ) Partera ( )

**NUM. DE PARTOS:** Cuantos nacieron vivos ( ) Cuantos viven ahun ( )