

ACTA DE NACIMIENTO



Llene la solicitud **COMPLETAMENTE**, incluyendo nombres y apellidos, así como dirección (POBLACIÓN, PROVINCIA,

Guatemala, Guatemala a ____ de ____ de ____

Estado civil de los padres: ACTA DE MATRIMONIO ACTA DE DIVORCIO NINGUNA

PADRES	NOMBRE DEL PADRE: _____
	CURP: _____ PAÍS DE NACIMIENTO _____
NACIONALIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ TELÉFONO: _____	
FALLECIDO SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE DEFUNCIÓN: ____ / ____ / ____	
DIRECCIÓN: _____	
Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.	
CALLE Y NÚMERO/REFERENCIA: _____	
NOMBRE DE LA MADRE: _____	
CURP: _____ PAÍS DE NACIMIENTO _____	
NACIONALIDAD: _____ OCUPACIÓN: _____	
FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ TELÉFONO: _____	
FALLECIDA SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> FECHA DE DEFUNCIÓN: ____ / ____ / ____	
DIRECCIÓN: _____	
Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.	
CALLE Y NÚMERO/REFERENCIA: _____	
REGISTRADO	NOMBRE: _____
	FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ HORA DE NACIMIENTO (AM/PM): _____
	PAÍS DE NACIMIENTO _____
	LUGAR DE NACIMIENTO: _____
	Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.
Presentado: VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/>	
Sexo: MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/>	

ACTA DE NACIMIENTO



SRE
SECRETARÍA DE
RELACIONES
EXTERIORES

ABUELOS PATERNOS

NOMBRE DEL ABUELO: _____

NACIONALIDAD: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____
Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.

CALLE Y NÚMERO/REFERENCIA: _____

FALLECIDO: SI NO CURP: _____

NOMBRE DE LA ABUELA: _____

NACIONALIDAD: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____
Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.

CALLE Y NÚMERO/REFERENCIA: _____

FALLECIDA: SI NO CURP: _____

ABUELOS MATERNOS

NOMBRE DEL ABUELO: _____

NACIONALIDAD: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____
Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.

CALLE Y NÚMERO/REFERENCIA: _____

FALLECIDO: SI NO CURP: _____

NOMBRE DE LA ABUELA: _____

NACIONALIDAD: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN: _____
Pob./Cd. Mun./Cantón Edo./Provincia CP.

CALLE Y NÚMERO/REFERENCIA: _____

FALLECIDA: SI NO CURP: _____

DATOS ADICIONALES

HOSPITAL: PRIVADO PÚBLICO CASA OTRO

ATENDIÓ EL PARTO: MÉDICO COMADRONA OTRO

PADRES: CASADOS SOLTEROS UNION LIBRE

No. DE PARTO _____ HIJOS NACIDOS VIVOS: _____

TELÉFONO DE CONTACTO _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CONFORMIDAD DE DATOS

FIRMA Y NOMBRE DEL PADRE

FIRMA Y NOMBRE DE LA MADRE