

## SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO

### INSTRUCCIONES DE LLENADO:

1. Llene esta solicitud en su totalidad, con tinta negra o azul, con letra de imprenta o molde o a computadora.
2. Complete los espacios correspondientes o, en su caso, seleccione con una equis ("X") la opción que corresponda.
3. **Utilice nombres completos** (*todos los nombres y apellidos*) de padres, abuelos, y testigos. No use abreviaturas en los apellidos.

<b>DEL REGISTRADO</b>	<b>NOMBRE(S):</b> _____		
	<b>APELLIDO PATERNO:</b> _____ <b>APELLIDO MATERNO:</b> _____		
	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____ <b>HORA DE NACIMIENTO:</b> _____		
	<b>LUGAR DE NACIMIENTO:</b> CIUDAD / ESTADO: _____		
<b>FUE PRESENTADO:</b>	<input type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO	<b>UNIÓN DE LOS PADRES:</b>	<input type="checkbox"/> SOLTEROS <input type="checkbox"/> CASADOS <input type="checkbox"/> DIVORCIADOS <input type="checkbox"/> UNIÓN LIBRE
<b>SEXO:</b>	<input type="checkbox"/> FEMENINO <input type="checkbox"/> MASCULINO	<b>COMPARECE:</b>	<input type="checkbox"/> PADRE <input type="checkbox"/> MADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> OTRO:

<b>DE LOS PADRES</b>	<b>NOMBRE DEL PADRE:</b> _____ <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>OCUPACIÓN:</b> _____ <b>TELÉFONO:</b> _____			
	<b>ESCOLARIDAD:</b> <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> PREPARATORIA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
	<b>NOMBRE DE LA MADRE:</b> _____ <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>OCUPACIÓN:</b> _____ <b>TELÉFONO:</b> _____			
	<b>ESCOLARIDAD:</b> <input type="checkbox"/> SIN ESTUDIOS <input type="checkbox"/> PRIMARIA <input type="checkbox"/> SECUNDARIA <input type="checkbox"/> PREPARATORIA <input type="checkbox"/> PROFESIONAL <input type="checkbox"/> OTRO: _____			
<b>DOMICILIO:</b> _____				
	<i>CALLE / NÚMERO</i>	<i>CIUDAD / MUNICIPIO</i>	<i>ESTADO/PAÍS</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>

<b>DE LOS ABUELOS</b>	<b>NOMBRE DEL ABUELO PATERNO:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>VIVE</b> <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
	<b>NOMBRE DE LA ABUELA PATERNA:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>VIVE</b> <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
<b>DOMICILIO:</b> _____				
	<i>CALLE / NÚMERO</i>	<i>CIUDAD / MUNICIPIO</i>	<i>ESTADO/PAÍS</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>

<b>DE LOS ABUELOS</b>	<b>NOMBRE DEL ABUELO MATERNO:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>VIVE</b> <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
	<b>NOMBRE DE LA ABUELA MATERNA:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>VIVE</b> <input type="checkbox"/> SI: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> NO: <input type="checkbox"/>			
<b>DOMICILIO:</b> _____				
	<i>CALLE / NÚMERO</i>	<i>CIUDAD / MUNICIPIO</i>	<i>ESTADO/PAÍS</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>

<b>TESTIGOS</b>	<b>NOMBRE DEL TESTIGO 1:</b> _____			
	<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____ <b>TELÉFONO:</b> _____			
	<b>DOMICILIO:</b> _____			
	<i>CALLE / NÚMERO</i>	<i>CIUDAD / MUNICIPIO</i>	<i>ESTADO/PAÍS</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>
<b>NOMBRE DEL TESTIGO 2:</b> _____				
<b>NACIONALIDAD:</b> _____ <b>FECHA DE NACIMIENTO:</b> _____ <b>TELÉFONO:</b> _____				
<b>DOMICILIO:</b> _____				
	<i>CALLE / NÚMERO</i>	<i>CIUDAD / MUNICIPIO</i>	<i>ESTADO/PAÍS</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>