

# REGISTRO CONSULAR

## SOLICITUD DE CERTIFICADO DE MATRÍCULA CONSULAR

- Antes de llenar la presente solicitud, lea detenidamente su contenido.
- Anote los datos solicitados o cruce en cada caso el cuadro correspondiente respetando los espacios delimitados sobre todos los campos destinados a la forma.

### SOLICITO MATRÍCULA CONSULAR POR :

Primera Vez     Renovación     Cambio de Domicilio     Extravió     Fecha de expedición Matrícula anterior

Número de la matrícula anterior

Día      Mes      Año

### DATOS PERSONALES

Nombre(s)

Apellido Paterno     Apellido Materno

Apellido de Casada (únicamente mujeres casadas)

FECHA DE NACIMIENTO:    Día      Mes      Año       SEXO:    Masculino     Femenino

### LUGAR DE NACIMIENTO

País:     Estado:

Municipio:     Población:

### DATOS ACTUALES

ESTADO CIVIL:    Soltero(a)     Casado(a)     Viudo(a)     Divorciado(a)     Unión Libre

Grado Máximo de Estudios     Ocupación

### DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Código Postal     Estado

Ciudad     Condado

No., Calle y Apartamento

Teléfono

### CAMPOS DE CONTROL

Información

Rev. Documental

Captura

Biométricos

Entrega

Uso exclusivo S.R.E.

### FILIACIÓN

<b>TEZ</b>	<b>COMPLEXIÓN</b>	<b>ESTATURA (Mts)</b>	<b>CABELLO</b>	<b>OJOS</b>
<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> Delgada	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Café Oscuro
<input type="checkbox"/> Morena Clara	<input type="checkbox"/> Mediana	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Castaño	<input type="checkbox"/> Café Claro
<input type="checkbox"/> Morena Oscura	<input type="checkbox"/> Robusta	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Castaño Claro	<input type="checkbox"/> Negros
<input type="checkbox"/> Amarilla		<b>PESO (Kgs)</b>	<input type="checkbox"/> Entrecano	<input type="checkbox"/> Azules
<input type="checkbox"/> Negra		<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Sin Cabello	<input type="checkbox"/> Verdes
<input type="checkbox"/> Rosada				<input type="checkbox"/> Grises

### EN CASO DE ACCIDENTE O FALLECIMIENTO AVISAR A : (DOMICILIO EN ESTADOS UNIDOS)

Nombre(s)     Apellido(s)

Parentesco     Teléfono     Misma dirección que la anterior?    SI     NO

Domicilio

**\*\* Manifiesto bajo protesta de decir verdad que soy mexicano, que los datos asentados en ésta solicitud son verídicos, que son auténticos los documentos presentados y que conozco que se penaliza a las personas que faltan a la verdad conforme a las disposiciones legales aplicables. \*\***

### Observaciones:

Uso exclusivo S.R.E.

Uso exclusivo S.R.E.

FIRMA DE AUTORIZACIÓN

FIRMA DEL SOLICITANTE

ÍNDICE IZQUIERDO

ÍNDICE DERECHO

ESTA FORMA DEBE SER LLENADA CON TINTA NEGRA Y LETRA DE MOLDE.

ESTA SOLICITUD ES GRATUITA - ESTA SOLICITUD ES GRATUITA - ESTA SOLICITUD ES GRATUITA