

Solicitud de Registro de Nacimiento

Registrado	Nombre completo: _____
	Fecha de Nacimiento : _____ Hora _____
	Lugar de Nacimiento _____ Sexo: _____
	Comparencon: Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> Otra <input type="checkbox"/>

Padres	Nombre del padre: _____ Edad ___ años
	Nacionalidad _____ Ocupación _____
	Nombre de la Madre: _____ Edad ___ años
	Nacionalidad: _____ Ocupación _____
Domicilio: _____ Teléfono : _____	

Abuelos	Abuelo Paterno: _____ Nacionalidad: _____
	Abuela Paterna: _____ Nacionalidad: _____
	Domicilio : _____
	Abuelo Materno : _____ Nacionalidad: _____
	Abuela Materna : _____ Nacionalidad: _____
Domicilio : _____	

Testigos	Nombre : _____ Nacionalidad _____
	Domicilio: _____ Edad _____ años
	Nombre: _____ Nacionalidad _____
	Domicilio: _____ Edad _____ años

Datos Complementarios

1. Numero de Parto : 1 2 3 4 más

2. Nacimiento : Simple Gemelar Triates o mas

3. Unión de los padres:
Casados Unidos libremente Separados Divorciados Solteros

Padre	4. Señale el máximo grado de Escolaridad :					
	Sin escolaridad	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>
	Primaria	<input type="checkbox"/>	Preparatoria	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique)	<input type="checkbox"/>
	5. Señala el tipo de trabajo					
	No trabaja	<input type="checkbox"/>	Patrón o empresario	<input type="checkbox"/>	Trabajador por:	
Empleado	<input type="checkbox"/>	Miembro de Cooperativa	<input type="checkbox"/>	cuenta propia en vía pública	<input type="checkbox"/>	
Estudiante	<input type="checkbox"/>	Trabajador no remunerado	<input type="checkbox"/>	o en su vivienda	<input type="checkbox"/>	
Investigador	<input type="checkbox"/>			o en su establecimiento	<input type="checkbox"/>	

Madre	6. Señale el máximo grado de Escolaridad :					
	Sin escolaridad	<input type="checkbox"/>	Secundaria	<input type="checkbox"/>	Profesional	<input type="checkbox"/>
	Primaria	<input type="checkbox"/>	Preparatoria	<input type="checkbox"/>	Otra (especifique)	<input type="checkbox"/>
	7. Señala el tipo de trabajo					
	No trabaja	<input type="checkbox"/>	Patron o empresario	<input type="checkbox"/>	Trabajador por:	
Empleado	<input type="checkbox"/>	Miembro de Cooperativa	<input type="checkbox"/>	cuenta propia en vía pública	<input type="checkbox"/>	
Estudiante	<input type="checkbox"/>	Trabajador no remunerado	<input type="checkbox"/>	o en su vivienda	<input type="checkbox"/>	
Investigador	<input type="checkbox"/>			o en su establecimiento	<input type="checkbox"/>	

Dónde se atendió el parto? _____

Quién atendió el parto? _____