



HONORABLE AYUNTAMIENTO DE SOLIDARIDAD
SECRETARÍA GENERAL
DIRECCIÓN DE REGISTRO CIVIL
OFICIALIA N°. _____

No.
ACTA
 PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO CIVIL

SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO

HORARIO DE OFICINA DE LUNES A VIERNES DE 8:30 A.M. A 16:30 P.M.

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS: DE LUNES A VIERNES DE 09:00 A.M. A 15:00 P.M. SÁBADOS DE 09:00 A.M. A 11:00 A.M.

REGISTROS: DE LUNES A VIERNES DE 09:00 A.M. A 15:00 P.M.

FAVOR DE LLENAR ESTA SOLICITUD A MAQUINA O LETRA LEGIBLE.

DATOS DEL MENOR A REGISTRAR

SEXO: HOMBRE MUJER

NOMBRE: _____
NOMBRE (S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ HORA: ____:____ HRS.

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD)

SE REGISTRA: VIVO MUERTO NUMERO DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO: _____

COMPARECIO: EL PADRE LA MADRE AMBOS REGISTRADO PERSONA DISTINTA

DATOS DE LOS PADRES DEL MENOR

NOMBRE DEL PADRE: _____ EDAD: _____ AÑOS
 DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, MZA. LT. N° EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA)

(LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD, PAIS)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NACIONALIDAD: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD, PAIS)

NOMBRE DE LA MADRE: _____ EDAD: _____ AÑOS
 DOMICILIO HABITUAL: _____
(NOMBRE DE LA CALLE, MZA. LT. N° EXTERIOR E INTERIOR, COLONIA)

(LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD, PAIS)

FECHA DE NACIMIENTO: ____/____/____ NACIONALIDAD: _____
 LUGAR DE NACIMIENTO: _____
(LOCALIDAD, MUNICIPIO O DELEGACIÓN, ENTIDAD, PAIS)

DATOS DE LOS ABUELOS DEL MENOR

FINADO:

ABUELO PATERNO: _____ NACIONALIDAD _____ (SI) (NO)
 DOMICILIO: _____
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

ABUELA PATERNA: _____ NACIONALIDAD _____ (SI) (NO)
 DOMICILIO: _____
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

ABUELO MATERNO: _____ NACIONALIDAD _____ (SI) (NO)
 DOMICILIO: _____
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

ABUELA MATERNA: _____ NACIONALIDAD _____ (SI) (NO)
 DOMICILIO: _____
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

TESTIGOS

NOMBRE: _____ NACIONALIDAD: _____
 DOMICILIO: _____ EDAD: _____ AÑOS
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

NOMBRE: _____ NACIONALIDAD: _____
 DOMICILIO: _____ EDAD: _____ AÑOS
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: _____ EDAD: ____ AÑOS PARENTESCO: _____
 DOMICILIO: _____
(CALLES, MZ, LT, N° EXTERIOR E INTERIOR, FRACC. O COLONIA, LOCALIDAD, MUNICIPIO, ENTIDAD, PAIS)

PLAYA DEL CARMEN, Q.ROO. A ____ DE _____ DEL 20 ____

NOMBRE Y FIRMA DEL (A) SOLICITANTE

ADVERTENCIA: SI EL NOMBRE DE SU HIJO (A) ES DE ORIGEN EXTRANJERO O NO COMÚN, LE SUGERIMOS COMPROBAR COMO SE ESCRIBE. EVITASE GASTOS INNECESARIOS POR LA CORRECCIÓN DE ERRORES; Y REVISE CUIDADOSAMENTE ESTA SOLICITUD ANTES DE FIRMARLA.

PARA USO EXCLUSIVO DEL REGISTRO CIVIL

TELEFONO: _____ No. Trámite del Registro: _____

VISTA FRONTAL

No. Trámite de la C. C.: _____

DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS PADRES

TIPO DE NACIMIENTO (1) SIMPLE (2) DOBLE (3) TRIPLE
NUMERO DE PARTO (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) O MÁS
NUM. DE HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS, DE LA MADRE INCLUYENDO AL QUE SE ESTA REGISTRANDO. _____

HIJOS/ AS QUE AUN VIVEN _____

LUGAR DE ATENCIÓN DE PARTO
(1) HOSPITAL O CLÍNICA OFICIAL
(2) HOSPITAL O CLÍNICA PRIVADA
(3) CASA PARTICULAR
(4) OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE): _____

PERSONA QUE ATENDIÓ EL PARTO
(1) MEDICO
(2) ENFERMERA
(3) PARTERA
(4) OTRA (ESPECIFIQUE): _____

TIPO DE UNIÓN DE LA MADRE
(1) SOLTERA
(2) CASADA
(3) UNIÓN LIBRE
(4) SEPARADA
(5) DIVORCIADA
(6) VIUDA

ESCOLARIDAD DEL PADRE
(1) SIN ESCOLARIDAD
(2) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA
(3) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA
(4) PRIMARIA COMPLETA
(5) SEGUNDARIA O EQUIVALENTE
(6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
(7) PROFESIONAL
(8) OTRA _____

SITUACIÓN LABORAL
(1) TIENE TRABAJO O
ESTA BUSCANDO
(2) ESTUDIANTE
(3) DEDICADO A QUEHACERES DEL HOGAR
(4) JUBILADO O PENSIONADO
(5) INCAPACITADO PERMANENTE PARA TRABAJAR
(6) OTRA _____

POSICIÓN EN SU TRABAJO
(1) OBRERO
(2) EMPLEADO
(3) JORNALERO O PEÓN
(4) TRABAJADOR POR SU CUENTA
(5) PATRÓN O EMPRESARIO
(6) TRABAJADOR FAMILIAR NO REMUNERADO

ESCOLARIDAD DE LA MADRE
(1) SIN ESCOLARIDAD
(2) DE 1 A 3 AÑOS DE PRIMARIA
(3) DE 4 A 5 AÑOS DE PRIMARIA
(4) PRIMARIA COMPLETA
(5) SEGUNDARIA O EQUIVALENTE
(6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
(7) PROFESIONAL
(8) OTRA: _____

SITUACIÓN LABORAL
(1) TIENE TRABAJO O
ESTA BUSCANDO
(2) ESTUDIANTE
(3) DEDICADA A QUEHACERES DEL HOGAR
(4) JUBILADA O PENSIONADA
(5) INCAPACITADA PERMANENTE PARA TRABAJAR
(6) OTRA: _____

POSICIÓN EN SU TRABAJO
(1) OBRERA
(2) EMPLEADA
(3) JORNALERA O PEÓN
(4) TRABAJADORA POR SU CUENTA
(5) JEFA O EMPRESARIA
(6) TRABAJADORA FAMILIAR NO REMUNERADA

Consulte nuestro aviso de privacidad integral, misma que podrá descargar en la presente liga:
<http://gobiernodesolidaridad.gob.mx/avisos-de-privacidad-de-la-secretaria-general>

VISTA POSTERIOR