



VERACRUZ
GOBIERNO
DEL ESTADO



**DIRECCIÓN GENERAL DEL
REGISTRO CIVIL**
DEL ESTADO DE VERACRUZ



ME LLENA DE ORGULLO



SEGOB
Secretaría
de Gobierno



SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO

TELEFONO _____ NO. _____
FECHA DE REG. _____

NOMBRE (S) _____
(Nombre) (Primer apellido) (Segundo apellido)

FECHA DE NACIMIENTO _____ HORA: _____

LUGAR DE NACIMIENTO _____ MEXICO
(Localidad) (Municipio) (Entidad federativa) (País)

FUE REGISTRADO: VIVO: _____ MUERTO: _____ SEXO: M () F ()
COMPARECIO: EL PADRE _____ LA MADRE: _____ AMBOS: _____ REGISTRADO: _____ PERSONA DISTINTA _____

PADRES

NOMBRE DEL PADRE _____ EDAD _____ AÑOS

DOMICILIO HABITUAL _____ MEXICO
(Nombre de la calle, no. exterior e interior) (Localidad) (Municipio) (Entidad federativa) (País)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
(Localidad) (Municipio) (Entidad federativa) (País)

NOMBRE DE LA MADRE _____ EDAD _____ AÑOS

DOMICILIO HABITUAL _____ MEXICO
(Nombre de la calle, no. exterior e interior) (Localidad) (Municipio) (Entidad federativa) (País)

FECHA DE NACIMIENTO: _____ NACIONALIDAD: MEXICANA

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ MEXICO
(Localidad) (Municipio) (Entidad federativa) (País)

ABUELOS

ABUELO PATERNO _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
ABUELA PATERNA _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO: _____

ABUELO MATERNO _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
ABUELA MATERNA _____ NACIONALIDAD: MEXICANA
DOMICILIO: _____

PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: _____ EDAD: _____ AÑOS: _____ PARENTESCO: _____
DOMICILIO: _____ MEXICO
(Localidad) (Municipio) (Entidad federativa) (País)

1.- Tipo De Nacimiento (1) Simple (2) Doble (3) Triple O Mas		2.- Numero De Parto (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) O									
3.- Numero De Hijos E Hijas Nacidos Vivos Total _____ Hijos Nacidos Vivos _____ Hijas Nacidas Vivas _____		4.- Hijos E Hijas Que Aun Viven Total _____ Hijos Que Aun Viven _____ Hijas Que Aun Viven _____									
5.- Lugar De Atención Del Parto Especifique (1) Hospital O Clínica Oficial (2) Hospital O Clínica Privada (3) Casa Particular (4) Otro Lugar											
6.- Persona Que Atendió El Parto (4) Otra Especifique (1) Medico (2) Enfermera (3) Partera											
7.- Tipo De Unión De La Madre (6) Viuda (1) Soltera (2) Casada (3) Unión Libre (4) Separada (5) Divorciada											
DEL PADRE											
DE LA MADRE						DEL PADRE					
8.- Escolaridad Equivalente (1) Sin Escolaridad (5) Secundaria O (2) De 1 A 3 Años De Primaria (6) Preparatoria O (3) De 4 A 5 Años De Primaria (7) Profesional (4) Primaria Completa (8) Otra						8.- Escolaridad Equivalente (1) Sin Escolaridad (5) Secundaria O (2) De 1 A 3 Años De Primaria (6) Preparatoria O (3) De 4 A 5 Años De Primaria (7) Profesional (4) Primaria Completa (8) Otra					
10.- Situación Laboral (1) Tiene Trabajo (2) Estudiante (3) Dedicado A Quehaceres Del Hogar (4) Jubilado O Pensionado (5) Incapacitado (6) Otra						10.- Situación Laboral (1) Tiene Trabajo (2) Estudiante (3) Dedicado A Quehaceres Del Hogar (4) Jubilado O Pensionado (5) Incapacitado (6) Otra					
12.- Posición En Su Trabajo (1) Obrero (2) Empleado (3) Jornalero O Peón (4) Trabajador Por Su Cuenta (5) Patrón O Empleado (6) Trabajador Familiar No Remunerado						12.- Posición En Su Trabajo (1) Obrero (2) Empleado (3) Jornalero O Peón (4) Trabajador Por Su Cuenta (5) Patrón O Empleado (6) Trabajador Familiar No Remunerado					
14.- Ingreso Mensual \$ _____						14.- Ingreso Mensual \$ _____					

FIRMA DEL PADRE

FIRMA DE LA MADRE