



Fecha: \_\_\_\_\_  
Hora: \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO

**BEBÉ A REGISTRAR**  
**NOMBRE NIÑO@:**

\_\_\_\_\_ (EMPEZANDO POR EL NOMBRE SEGUIDO DE APELLIDOS)

¿HA SIDO VACUNADO? SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

### PROGENITOR 1

**CURP PADRE:**

NOMBRE PADRE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTUDIOS: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD Y ESTADO)  
ABUELO PATERNO:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: \_\_\_\_\_  
FINADO: \_\_\_\_\_  
ABUELA PATERNA:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: \_\_\_\_\_  
FINADA: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD Y ESTADO)

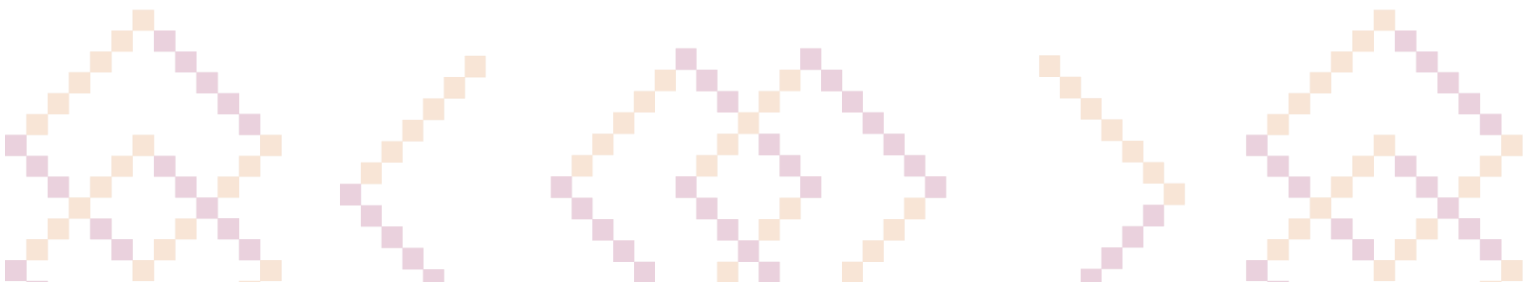
### PROGENITOR 2

**CURP MADRE:**

NOMBRE MADRE: \_\_\_\_\_  
EDAD: \_\_\_\_\_  
OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ ESTUDIOS: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD Y ESTADO)  
ABUELO MATERNO:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: \_\_\_\_\_  
FINADO: \_\_\_\_\_



ABUELA MATERNA:

NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: \_\_\_\_\_

FINADA: \_\_\_\_\_

DOMICILIO:

\_\_\_\_\_  
(CALLE, NÚMERO, COLONIA, CIUDAD Y ESTADO)

FIRMA PROGENITOR 1	FIRMA PROGENITOR 2

**REQUISITOS:**

1. Formato para registro de nacimiento debidamente llenado.
2. Certificado de nacimiento expedido por la Secretaria de Salud ( original y copia)
3. Copia de acta de nacimiento o matrimonio de padres.
4. Copia de identificaciones de ambos padres (INE, pasaporte o licencia).
5. Cartilla de vacunación del bebé.
- 6.- Dos testigos mayores de edad
- 7.- Copia de identificación de testigos (INE, pasaporte o licencia)

