



SOLICITUD DEL REGISTRO DE NACIMIENTO

Ayuntamiento de Cuernavaca 2025-2027

Dirección General del Registro Civil

REGISTRO CIVIL 01 Y 03

Certificado No.: _____ Fecha de registro: _____ Tipo de unión: _____

Nombre del registrado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Hora: _____ Sexo: _____

Lugar de nacimiento: _____

Nombre del padre: _____ Nacionalidad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Nombre de la madre: _____ Nacionalidad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escolaridad: _____ Edad: _____ Ocupación: _____

Domicilio: _____

Nombre del abuelo paterno: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Nombre de la abuela paterna: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Nombre del abuelo materno: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Nombre de la abuela materna: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Nombre del testigo: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Nombre del testigo: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____

Domicilio: _____

Nacimiento: simple (), doble (), triple (), o más (). Orden de parto: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10

Dónde se atendió el parto: hospital oficial (), clínica priv. (), en su domicilio (), otro lugar ()

Quién atendió el parto: médico (), enfermera (), partera (), otro (). Número de hijos nacidos

vivos de la madre: (), Que aun viven: (), En el mismo lugar de la madre: ().

Número telefónico: _____.

Firma del padre

Firma de la madre

Elaboró: _____ Acta No.: _____ Trámite No.: _____

HORARIO DE ATENCIÓN DE 08:00 A 15:00 HRS. DE LUNES A VIERNES

Correo institucional: registrocivil1@cuernavaca.gob.mx registrocivil3@cuernavaca.gob.mx