



**VERACRUZ**  
GOBIERNO  
DEL ESTADO



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

**VERA  
CRUZ**  
ME LLENA DE ORGULLO



**SEGOB**  
Secretaría  
de Gobierno

**SOLICITUD DE MATRIMONIO  
REGISTRO CIVIL IXHUATLANCILLO, VER.**

**NOMBRE DEL CONTRAYENTE:** \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_ CRIP: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA CONTRAYENTE:** \_\_\_\_\_

FECHA DE NAC.: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

LUGAR DE NAC.: \_\_\_\_\_ CRIP: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

**PADRES DEL CONTRAYENTE**

**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

**PADRES DE LA CONTRAYENTE**

**NOMBRE DEL PADRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA MADRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_ TEL.: \_\_\_\_\_

**TESTIGOS**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ **EDAD:** \_\_\_\_\_

EDO. CIVIL: \_\_\_\_\_ **OCUPACIÓN:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO** \_\_\_\_\_

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **NAC.:** \_\_\_\_\_



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



**SEGOB**  
Secretaría  
de Gobierno

ACTA NUM. \_\_\_\_\_

FECHA DE REG. \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE HIJOS

### DATOS DEL RECONOCIDO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: (M) (F)

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### RECONOCEDOR

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCOLARIDAD: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

INGRESO MENSUAL: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### PADRES DEL RECONOCEDOR

PADRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

MADRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### PERSONA (S) QUE OTORGA (N) SU CONSENTIMIENTO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

PARENTESCO CON EL RECONOCIDO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### TESTIGOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_



**VERACRUZ**  
GOBIERNO  
DEL ESTADO



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



ME LLENA DE ORGULLO



**SEGOB**  
Secretaría  
de Gobierno

ACTA NUM. \_\_\_\_\_  
FECHA DE REG. \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE REGISTRO DE NACIMIENTO

### REGISTRADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ SEXO: HOMBRE \_\_\_\_\_ MUJER \_\_\_\_\_  
(NOMBRES) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)  
FUE REGISTRADO: VIVO \_\_\_\_\_ MUERTO \_\_\_\_\_ No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_  
COMPARECIO: EL PADRE \_\_\_\_\_ LA MADRE \_\_\_\_\_ AMBOS \_\_\_\_\_ REGISTRADO \_\_\_\_\_ PERSONA DISTINTA \_\_\_\_\_

### PADRES

NOMBRE DEL PADRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO HABITUAL: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ CERTIFICADA: SI ( ) NO ( )  
LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)  
NOMBRE DE LA MADRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ AÑOS  
TELEFONO: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO HABITUAL: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)  
FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ CERTIFICADA: SI ( ) NO ( )  
LUGAR DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)

### ABUELOS

ABUELO PATERNO: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: SI ( ) NO ( ) CURP \_\_\_\_\_  
ABUELA PATERNA: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: SI ( ) NO ( ) CURP \_\_\_\_\_  
DOMICILIO(S): \_\_\_\_\_  
ABUELO MATERNO: \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: SI ( ) NO ( ) CURP \_\_\_\_\_  
NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_ VIVE: SI ( ) NO ( ) CURP \_\_\_\_\_  
ABUELA MATERNA: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO(S): \_\_\_\_\_

### TESTIGOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_  
NOMBRE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_  
CURP: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS  
OCUPACION: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO: \_\_\_\_\_

### PERSONA DISTINTA QUE PRESENTA AL REGISTRADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NACIONALIDAD: \_\_\_\_\_  
DOMICILIO HABITUAL: \_\_\_\_\_  
(NOMBRE DE LA CALLE No. EXTERIOR E INTERIOR Y COLONIA)  
(LOCALIDAD) (MUNICIPIO) (ENTIDAD FEDERATIVA) (PAIS)  
EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS PARENTESCO: \_\_\_\_\_ CURP: \_\_\_\_\_

### DATOS COMPLEMENTARIOS DE LOS PADRES

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 MAS  
3.- NUMERO DE HIJOS E HIJAS NACIDOS VIVOS TOTAL \_\_\_\_\_ 4.- HIJOS E HIJAS QUE AUN VIVEN TOTAL \_\_\_\_\_  
HIJOS NACIDOS VIVOS \_\_\_\_\_ HIJAS NACIDAS VIVAS \_\_\_\_\_ HIJOS QUE AUN VIVEN \_\_\_\_\_ HIJAS QUE AUN VIVEN \_\_\_\_\_  
5.- LUGAR DE ATENCION DEL PARTO (1) HOSPITAL O CLINICA OFICIAL (2) HOSPITAL O CLINICA PRIVADA (3) CASA PARTICULAR (4) OTRO  
LUGAR ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
6.- PERSONA QUE ATENDIO EL PARTO (1) MEDICO (2) ENFERMERA (3) PARTERA (4) OTRA ESPECIFIQUE \_\_\_\_\_  
7.- TIPO DE UNION DE LA MADRE (1) SOLTERA (2) CASADA (3) UNION LIBRE (4) DIVORCIADA (5) VIUDA

### DEL PADRE

### DE LA MADRE

#### 8.- ESCOLARIDAD

#### 9.- ESCOLARIDAD

(1) SIN ESCOLARIDAD	(5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE	(1) SIN ESCOLARIDAD	(5) SECUNDARIA O EQUIVALENTE
(2) DE 1 A 3 AÑOS	(6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE	(2) DE 1 A 3 AÑOS	(6) PREPARATORIA O EQUIVALENTE
(3) DE 4 A 5 AÑOS	(7) PROFESIONAL	(3) DE 4 A 5 AÑOS	(7) PROFESIONAL