

DATOS DEL DECLARADO  
AL MOMENTO DEL NACIMIENTO  
DATOS DEL PADRE  
AL MOMENTO DEL NACIMIENTO  
DATOS DE LA MADRE  
AL MOMENTO DEL NACIMIENTO  
DATOS DE LOS DECLARANTES Y TESTIGOS  
USO  
REG. CIVIL REGISTRADOR

AL LLENAR ESTA DECLARACION DEBE HACERLO A MANUANA O BOLIGRAFO APRETANDO CON FIRMEZA AL ESCRIBIR

|                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                           |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 1) NOMBRES DEL DECLARADO                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| PRIMER NOMBRE                                                                                                                                                                                                                             |  | SEGUNDO NOMBRE                                                                            |  |
| 2) ESTA DECLARACION ES DE UN NIÑO NACIDO:                                                                                                                                                                                                 |  | 3) SEXO:                                                                                  |  |
| 1. <input type="checkbox"/> SOLO 2. <input type="checkbox"/> GEMELO 3. <input type="checkbox"/> TRILLIZO 4. <input type="checkbox"/> O MAS                                                                                                |  | 1. <input type="checkbox"/> HOMBRE 2. <input type="checkbox"/> MUJER                      |  |
| 4) PESO EN GRAMOS:                                                                                                                                                                                                                        |  | 5) ESTATURA EN CENTIMETROS:                                                               |  |
| 6) LUGAR DE NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| DISTRITO                                                                                                                                                                                                                                  |  | CANTON                                                                                    |  |
| 7) NACIO EN:                                                                                                                                                                                                                              |  | PROVINCIA                                                                                 |  |
| <input type="checkbox"/> SU HOGAR <input type="checkbox"/> INSTITUCION HOSPITALARIA                                                                                                                                                       |  | ANOTE EL NOMBRE                                                                           |  |
| 8) HORA Y FECHA DE NACIMIENTO:                                                                                                                                                                                                            |  | OTRO LUGAR (ESPECIFIQUE)                                                                  |  |
| HORA                                                                                                                                                                                                                                      |  | DIA (EN NUMEROS)                                                                          |  |
| MES (EN NUMEROS)                                                                                                                                                                                                                          |  | AÑO (EN NUMEROS)                                                                          |  |
| MURIO ANTES DEL PARTO                                                                                                                                                                                                                     |  | 10) CEDULA O DOC. IDENT.                                                                  |  |
| 9) PADRE:                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                           |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                    |  | PRIMER APELLIDO                                                                           |  |
| SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| 11) EDAD:                                                                                                                                                                                                                                 |  | 12) PAIS DE ORIGEN:                                                                       |  |
| ANOS CUMPLIDOS:                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                           |  |
| 13) NACIONALIDAD:                                                                                                                                                                                                                         |  | 14) PROFESION U OFICIO:                                                                   |  |
| 15) ULTIMO AÑO APROBADO:                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| 16) TOTAL DE HIJOS TENIDOS VIVOS:                                                                                                                                                                                                         |  | 17) ESTADO CIVIL:                                                                         |  |
| 1. <input type="checkbox"/> SOLTERO 2. <input type="checkbox"/> CASADO 3. <input type="checkbox"/> VIUDO 4. <input type="checkbox"/> DIVORCIADO                                                                                           |  | 5. <input type="checkbox"/> SEPARADO JUDICIALMENTE 6. <input type="checkbox"/> UNION LBRE |  |
| 18) RESIDENCIA HABITUAL:                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                 |  | CANTON                                                                                    |  |
| DISTRITO                                                                                                                                                                                                                                  |  | BARRIO O CASERIO                                                                          |  |
| 19) MADRE:                                                                                                                                                                                                                                |  | 20) CEDULA O DOC. IDENT.                                                                  |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                    |  | PRIMER APELLIDO                                                                           |  |
| SEGUNDO APELLIDO                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| 21) EDAD:                                                                                                                                                                                                                                 |  | 22) PAIS DE ORIGEN:                                                                       |  |
| ANOS CUMPLIDOS:                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                           |  |
| 23) NACIONALIDAD:                                                                                                                                                                                                                         |  | 24) PROFESION U OFICIO:                                                                   |  |
| 25) ULTIMO AÑO APROBADO:                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| 26) ESTADO CIVIL:                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                           |  |
| 1. <input type="checkbox"/> SOLTERA 2. <input type="checkbox"/> CASADA 3. <input type="checkbox"/> VIUDA 4. <input type="checkbox"/> DIVORCIADA 5. <input type="checkbox"/> SEPARADA JUDICIALMENTE 6. <input type="checkbox"/> UNION LBRE |  |                                                                                           |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS DEL CONYUGE ANTERIOR                                                                                                                                                                                                   |  | LUGAR DEL DIVORCIO O VIUDEDAD                                                             |  |
| FECHA                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| 27) RESIDENCIA HABITUAL:                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                 |  | CANTON                                                                                    |  |
| DISTRITO                                                                                                                                                                                                                                  |  | BARRIO O CASERIO                                                                          |  |
| 28) ESTE PARTO FUE ATENDIDO POR:                                                                                                                                                                                                          |  | 29) MESES DE EMBARAZO:                                                                    |  |
| 1. <input type="checkbox"/> MEDICO 2. <input type="checkbox"/> OBSTETRICA 3. <input type="checkbox"/> ENFERMERA 4. <input type="checkbox"/> COMADRONA 5. <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE 6. <input type="checkbox"/> OTRA PERSONA     |  | ANOTELOS                                                                                  |  |
| 30) a) INCLUYENDO ESTE NACIMIENTO, ANOTE:                                                                                                                                                                                                 |  | 30) b) CUANTOS ABORTOS HA TENIDO                                                          |  |
| TOTAL DE HIJOS TENIDOS VIVOS:                                                                                                                                                                                                             |  | MUERTOS DE MENOS DE 22 SEMANAS                                                            |  |
| 31) CUANTAS CONSULTAS RECIBIO EN ESTE EMBARAZO?                                                                                                                                                                                           |  | 1. <input type="checkbox"/> TOTAL 2. <input type="checkbox"/> POR MEDICO                  |  |
| NUMERO                                                                                                                                                                                                                                    |  | NUMERO                                                                                    |  |
| 32) ASI LO DECLARAN:                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) QUE DECLARAN                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| COMO 1. <input type="checkbox"/> PADRE 3. <input type="checkbox"/> INTERESADO                                                                                                                                                             |  |                                                                                           |  |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| CEDULA O DOC. IDENT.                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| COMO 2. <input type="checkbox"/> MADRE 4. <input type="checkbox"/> RECOMENDADO                                                                                                                                                            |  |                                                                                           |  |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| CEDULA O DOC. IDENT.                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| 33) SI NO SABE FIRMAR, LO HARA OTRA PERSONA A RUEGO DE UNO O DE AMBOS:                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                           |  |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| CEDULA O DOC. DE IDENT.                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| 34) DIRECCION DEL DECLARANTE O INTERESADO:                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                           |  |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                           |  |
| CANTON                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| DISTRITO                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| BARRIO O CASERIO                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                           |  |
| DIRECCION DE SU CASA:                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                           |  |
| POR MEDIO DE UN PUNTO DE REFERENCIA, PLAZA, PULPERIA, CAMINO, FINCA, RIO, No. CALLE, AVENIDA, CASA, ETC.                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| TELEFONO                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                           |  |
| 35) a) TESTIGO 1:                                                                                                                                                                                                                         |  | 35) b) TESTIGO 2:                                                                         |  |
| NOMBRE Y APELLIDOS                                                                                                                                                                                                                        |  | NOMBRE Y APELLIDOS                                                                        |  |
| FIRMA                                                                                                                                                                                                                                     |  | FIRMA                                                                                     |  |
| CEDULA O DOC. DE IDENT.                                                                                                                                                                                                                   |  | CEDULA O DOC. DE IDENT.                                                                   |  |
| 36) MADRE SOLICITA SE APLIQUE LEY DE PATERNIDAD RESPONSABLE: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                                                                                                      |  |                                                                                           |  |
| MADRE ASIENTE QUE: FIRME COMO PADRE DE SU HIJO(A)                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                           |  |
| OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                           |  |
| 37) ANTE:                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                           |  |
| NOMBRE                                                                                                                                                                                                                                    |  | 1. APELLIDO                                                                               |  |
| 2. APELLIDO                                                                                                                                                                                                                               |  | No. DE CEDULA                                                                             |  |
| REGISTRADOR AUXILIAR DE:                                                                                                                                                                                                                  |  | LUGAR                                                                                     |  |
| CÓDIGO                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                           |  |
| 38) FECHA DE DECLARACION:                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                           |  |
| DIA (EN NUMEROS)                                                                                                                                                                                                                          |  | MES (EN NUMEROS)                                                                          |  |
| AÑO (EN NUMEROS)                                                                                                                                                                                                                          |  | FIRMA DEL REGISTRADOR                                                                     |  |
| 39) ESTE CERTIFICADO QUEDA INSCRITO EN:                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                           |  |
| PROVINCIA                                                                                                                                                                                                                                 |  | TOMO                                                                                      |  |
| FOLIO                                                                                                                                                                                                                                     |  | ASIENTO                                                                                   |  |
| FIRMA DEL EMPLEADO                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                           |  |

SELLO  
DE LA  
OFICINA