

ESTADOS UNIDOS MEXICANOS  
GOBIERNO DEL ESTADO DE SONORA  
REGISTRO CIVIL  
ACTA DE NACIMIENTO



Gobierno del  
Estado de Sonora

Documento No Valido

CLAVE UNICA DE REGISTRO DE POBLACION			CLAVE UNICA DE IDENTIDAD PERSONAL		
OFICIALIA No.	LIBRO No.	ACTA No.	LOCALIDAD		
ENTIDAD FEDERATIVA SONORA			FECHA DE REGISTRO		
SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO					
NOMBRE (S) (PRIMER APELLIDO) (SEGUNDO APELLIDO)			HORA		
DIA MES AÑO					
FUERZA DE NACIMIENTO			UNIDAD FEDERATIVA		
<input checked="" type="checkbox"/> VIVO <input type="checkbox"/> MUERTO <input type="checkbox"/> EL PADRE <input type="checkbox"/> LA MADRE <input type="checkbox"/> AMBOS <input type="checkbox"/> PERSONA DISTINTA <input checked="" type="checkbox"/> NINGUNA			No. DE CERTIFICADO DE NACIMIENTO (MUNICIPIO)		
NOMBRE DE LA MADRE			NACIONALIDAD		
EDAD AÑOS DOMICILIO					
LOCALIDAD					
NOMBRE DE LA MADRE			NACIONALIDAD		
EDAD AÑOS DOMICILIO					
LOCALIDAD					
ABUELO PATERNO			NACIONALIDAD		
ABUELA PATERNA			NACIONALIDAD		
DOMICILIO(S)					
LOCALIDAD					
ABUELO MATERNO			NACIONALIDAD		
ABUELA MATERNA			NACIONALIDAD		
DOMICILIO(S)					
LOCALIDAD					
NOMBRE			NACIONALIDAD		
EDAD AÑOS DOMICILIO					
LOCALIDAD					
NOMBRE			NACIONALIDAD		
EDAD AÑOS DOMICILIO					
LOCALIDAD					
PERSONA DISTINTA DE LOS PADRES QUE PRESENTE			PARENTESCO		
NOMBRE			NACIONALIDAD		
EDAD AÑOS DOMICILIO					
LOCALIDAD					
FIRMA DE LOS PADRES O PERSONA DISTINTA DE ACUERDO A LA LEY PRESENTE AL REGISTRO					
FIRMA DE LOS TESTIGOS					
HUBO LEGITIMACION DEL REGISTRO		SE LEYÓ LA PRESENTE ACTA Y CONFORME CON SU CONTENIDO LA RATIFICÓ Y FIRMÓ EL OFICIAL DEL REGISTRO CIVIL			
FUNDAR DEBECHO		NOMBRE		FIRMA	
LA PRESENTE ACTA FIRMARÁN LAS SIGUIENTES AUTORIDADES:					
NACIMIENTO <input checked="" type="checkbox"/> SIMPLE <input type="checkbox"/> DOBLE <input type="checkbox"/> TRIPLE O MAS ORDEN DE PARTO <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10					
DONDE SE REALIZÓ EL PARTO: <input checked="" type="checkbox"/> HOSPITAL O CLINICA OFICIAL <input type="checkbox"/> HOSPITAL O CLINICA PRIVADA <input type="checkbox"/> EN SU DOMICILIO <input type="checkbox"/> OTRO LUGAR QUIEN NATIVAMENTE: <input checked="" type="checkbox"/> MEDICO <input type="checkbox"/> ENFERMERA O ENFERMERA AUXILIAR <input type="checkbox"/> OTRO					
TIEMPO DE VIDA DEL NIÑO: <input type="checkbox"/> MENOS DE UN AÑO <input type="checkbox"/> UN AÑO O MAS EDAD DE LA MADRE: <input checked="" type="checkbox"/> VENTA <input type="checkbox"/> UNIDA LIBREMENTE <input type="checkbox"/> OTRO					
ESTADOCIVIL: <input checked="" type="checkbox"/> SIN ESTADOCIVIL <input type="checkbox"/> PRIMERA COMPLETA <input type="checkbox"/> PROVISIONAL <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/> SEGUNDA O TERCERA <input type="checkbox"/> SEGUNDA O TERCERA COMPLETA <input type="checkbox"/> ESPECIFICAR <input type="checkbox"/> CUARTA O MAS DE PRIMERA <input type="checkbox"/> PREPARATORIA O EQUIVALENTE					
TRABAJO: <input type="checkbox"/> NO TRABAJA <input type="checkbox"/> TRABAJA EN ALGUNA ACTIVIDAD AGROPECUARIA <input type="checkbox"/> TRABAJA EN ALGUNA OTRA ACTIVIDAD					
POSICION EN SU TRABAJO: <input type="checkbox"/> OBRERO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> PATRON O EMPLEADOR <input type="checkbox"/> MIEMBRO DE COOPERATIVA <input type="checkbox"/> TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="checkbox"/> PROPIETARIO DE EMPRESA PRIVADA O PUBLICA <input type="checkbox"/> O EN SU EMPRESA O ESTABLECIMIENTO					
POSICION EN SU TRABAJO: <input type="checkbox"/> OBRERO <input type="checkbox"/> EMPLEADO <input type="checkbox"/> PATRON O EMPLEADOR <input type="checkbox"/> MIEMBRO DE COOPERATIVA <input type="checkbox"/> TRABAJADOR NO REMUNERADO <input type="checkbox"/> TRABAJADOR POR CUENTA PROPIA EN UNA EMPRESA <input type="checkbox"/> O EN SU EMPRESA O ESTABLECIMIENTO					
FECHA DE NACIMIENTO: DIA/MES/AÑO ESTADOCIVIL:					