

REPUBLICA DE CUBA MINISTERIO DE JUSTICIA	DIRECCION GENERAL DE LOS REGISTROS Y DEL NOTARIADO	1 CONTROL NUMERO SRP-2-8200
---	--	--------------------------------

MODELO OFICIAL DE INSCRIPCION DE NACIMIENTO

DATOS PARTICULARES DEL INSCRIPTO	2 REFERENCIA REGISTRAL		3 REFERENCIA TERRITORIAL DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL			
	TOMO	FOLIO	REGISTRO DEL ESTADO CIVIL	PROVINCIA	MUNICIPIO	
	DATOS DEL NACIMIENTO					
	4 SEXO	5 FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO			6 PESO AL NACER	7 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION
	MASCULINO <input type="checkbox"/> 1 FEMENINO <input type="checkbox"/> 2	DIA	MES	AÑO	HORA	GRAMOS
	8 TIPO DE EMBARAZO		9 SI SON MELLIZOS ESTE MODELO ES DEL		10 SI MELLIZOS DATOS DEL OTRO NACIDO	
	SENCILLO <input type="checkbox"/> 1 MELLIZOS <input type="checkbox"/> 2 OTROS <input type="checkbox"/> 3	1Ro. <input type="checkbox"/> 2do. <input type="checkbox"/>		NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> 1 NACIDO MUERTO <input type="checkbox"/> 2		11 LUGAR DE NACIMIENTO
	12 ASISTIDO POR:		13 LOCALIDAD		14 MUNICIPIO	15 PROVINCIA
	MEDICO <input type="checkbox"/> 1 ENFERMERA OBSTETRA <input type="checkbox"/> 2		OTRA ENFERMERA O AUXILIAR <input type="checkbox"/> 3 OTROS <input type="checkbox"/> 4			
	16 FECHA DE LA DECLARACION		17 NOMBRE (S) DEL NACIDO		18 DECLARANTE (S) DEL NACIMIENTO	
DIA	MES	AÑO				
19 DIRECTOR CENTRO ASISTENCIAL O ENCARGADO DE LA OFICINA DEL REGISTRO			20 CENTRO ASISTENCIA U OFICINA DEL REGISTRO			
DATOS DE LA MADRE						
21 NOMBRE (S)			22 APELLIDOS			
23 NUMERO DE IDENTIDAD		24 NATURAL DE: MUNICIPIO		25 PROVINCIA O PAIS	26 FECHA DE NAC.	
					DIA MES AÑO	
27 EDAD						
28 ULTIMO NIVEL DE ENSEÑANZA CURSADO			29 OCUPACION			
<input type="checkbox"/> 1 NIN-GUNO	<input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA INCOM-PLETA	<input type="checkbox"/> 3 PRIMARIA COM-PLETA	<input type="checkbox"/> 4 SECUNDARIA TERMI-NADA	<input type="checkbox"/> 5 PRE-UNIV. O TECNOLOGICO TERMINADO	<input type="checkbox"/> 6 UNIVERSITARIA TERMI-NADA	
30 ¿CUANTOS HIJOS VIVOS HA TENIDO INCLUYENDO ESTE?			31 ¿CUANTOS DE ELLOS ESTAN ACTUAMENTE VIVOS?			
VARONES _____		HEMBRAS _____		TOTAL _____		
32 ABORTOS _____		33 NACIDOS MUERTOS _____		34 TOTAL DE EMBARAZOS _____		
35 FECHA DEL PARTO ANTERIOR						
DIA MES AÑO						
36 DOMICILIO O RESIDENCIA: (CALLE, CARRETERA, FINCA, GRANJA, ETC.)			37 LOCALIDAD		38 MUNICIPIO	
39 PROVINCIA			40 ZONA URBANA <input type="checkbox"/> 1 RURAL <input type="checkbox"/> 2		41 CENTRO DE TRABAJO	
DATOS DEL PADRE						
43 NOMBRE (S)			44 APELLIDOS			
45 NATURAL DE: MUNICIPIO		46 PROVINCIA O PAIS		47 EDAD	48 ULTIMO NIVEL DE ENSEÑANZA CURSADO	
					<input type="checkbox"/> 1 NIN-GUNO	
					<input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA INCOM-PLETA	
					<input type="checkbox"/> 3 PRIMARIA COM-PLETA	
					<input type="checkbox"/> 4 SECUNDARIA TERMI-NADA	
					<input type="checkbox"/> 5 PRE-UNIV. O TECNOLOGICO TERMINADO	
					<input type="checkbox"/> 6 UNIVERSITARIA TERMI-NADA	
49 OCUPACION			50 DOMICILIO O RESIDENCIA: (CALLE, CARRETERA, FINCA, GRANJA, ETC.)			
51 MUNICIPIO		52 PROVINCIA		53 ZONA URBANA <input type="checkbox"/> 1 RURAL <input type="checkbox"/> 2		
				54 CENTRO DE TRABAJO		
DATOS DE LOS ABUELOS						
55 ABUELOS PATERNOS			56 ABUELOS MATERNOS			
57 OBSERVACIONES:						
58 SON TESTIGOS: _____						
59 MAYORES DE EDAD Y VECINOS DE: _____						
LEIDA ESTA DECLARACION LA FIRMAN LOS DECLARANTES, LOS TESTIGOS, EN SU CASO, Y EL DIRECTOR DEL CENTRO ASISTENCIAL O EL ENCARGADO DE LA OFICINA DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL.						
60 FIRMA DEL DECLARANTE		61 FIRMA DEL TESTIGO		62 FIRMA DEL DIRECTOR DEL CENTRO ASISTENCIAL O DEL ENC. DE LA OFICINA DEL REG. DEL ESTADO CIVIL.		
63 FIRMA DEL DECLARANTE		64 FIRMA DEL TESTIGO		65 FIRMA DEL DIRECTOR DEL CENTRO ASISTENCIAL O DEL ENC. DE LA OFICINA DEL REG. DEL ESTADO CIVIL.		
66 POR NO FIRMAR TESTIGOS LOS DECLARANTES SE IDENTIFICAN MEDIANTE CARNE DE IDENTIDAD.						
NO. _____		NO. _____		DE FECHA _____		

ORIGINAL - REGISTRO DEL ESTADO CIVIL

REPUBLICA DE CUBA MINISTERIO DE JUSTICIA	DIRECCION GENERAL DE LOS REGISTROS Y DEL NOTARIADO	1 CONTROL NUMERO SRP-2-8200
---	--	--------------------------------

MODELO OFICIAL DE INSCRIPCION DE NACIMIENTO

DATOS PARTICULARES DEL INSCRIPTO	2 REFERENCIA REGISTRAL			3 REFERENCIA TERRITORIAL DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL		
	TOMO	FOLIO	REGISTRO DEL ESTADO CIVIL	PROVINCIA	MUNICIPIO	
	DATOS DEL NACIMIENTO					
	4 SEXO	5 FECHA Y HORA DEL NACIMIENTO			6 PESO AL NACER	7 SEMANAS COMPLETAS DE GESTACION
	MASCULINO <input type="checkbox"/> 1 FEMENINO <input type="checkbox"/> 2	DIA	MES	AÑO	HORA	GRAMOS
	8 TIPO DE EMBARAZO		9 SI SON MELLIZOS ESTE MODELO ES DEL		10 SI MELLIZOS DATOS DEL OTRO NACIDO	
	SENCILLO <input type="checkbox"/> 1 MELLIZOS <input type="checkbox"/> 2 OTROS <input type="checkbox"/> 3	1Ro. <input type="checkbox"/> 2do. <input type="checkbox"/>		NACIDO VIVO <input type="checkbox"/> 1 NACIDO MUERTO <input type="checkbox"/> 2		11 LUGAR DE NACIMIENTO
	12 ASISTIDO POR:		13 LOCALIDAD		14 MUNICIPIO	15 PROVINCIA
	MEDICO <input type="checkbox"/> 1 ENFERMERA OBSTETRA <input type="checkbox"/> 2		OTRA ENFERMERA O AUXILIAR <input type="checkbox"/> 3 OTROS <input type="checkbox"/> 4		HOSPITAL <input type="checkbox"/> 1 OTRO CENTRO MEDICO <input type="checkbox"/> 3	
	16 FECHA DE LA DECLARACION		17 NOMBRE (S) DEL NACIDO		18 DECLARANTE (S) DEL NACIMIENTO	
DIA	MES	AÑO				
19 DIRECTOR CENTRO ASISTENCIAL O ENCARGADO DE LA OFICINA DEL REGISTRO			20 CENTRO ASISTENCIA U OFICINA DEL REGISTRO			

DATOS DE LA MADRE

DATOS DE LA FILIACION	21 NOMBRE (S)		22 APELLIDOS			
	23 NUMERO DE IDENTIDAD		24 NATURAL DE: MUNICIPIO		25 PROVINCIA O PAIS	
	26 FECHA DE NAC.		27 EDAD			
	DIA		MES		AÑO	
	28 ULTIMO NIVEL DE ENSEÑANZA CURSADO			29 OCUPACION		
	<input type="checkbox"/> 1 NIN-GUNO	<input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA INCOM-PLETA	<input type="checkbox"/> 3 PRIMARIA COM-PLETA	<input type="checkbox"/> 4 SECUNDARIA TERMI-NADA	<input type="checkbox"/> 5 PRE-UNIV. O TECNOLÓGICO TERMINADO	<input type="checkbox"/> 6 UNIVERSITARIA TERMI-NADA
	30 ¿CUANTOS HIJOS VIVOS HA TENIDO INCLUYENDO ESTE?			31 ¿CUANTOS DE ELLOS ESTAN ACTUAMENTE VIVOS?		
	VARONES _____		HEMBRAS _____		TOTAL _____	
	32 ABORTOS _____		33 NACIDOS MUERTOS _____		34 TOTAL DE EMBARAZOS _____	
	35 FECHA DEL PARTO ANTERIOR					
DIA		MES		AÑO		
36 DOMICILIO O RESIDENCIA: (CALLE, CARRETERA, FINCA, GRANJA, ETC.)			37 LOCALIDAD		38 MUNICIPIO	
39 PROVINCIA			40 ZONA URBANA <input type="checkbox"/> 1 RURAL <input type="checkbox"/> 2		41 CENTRO DE TRABAJO	
DATOS DEL PADRE						
43 NOMBRE (S)			44 APELLIDOS			
45 NATURAL DE: MUNICIPIO		46 PROVINCIA O PAIS		47 EDAD	48 ULTIMO NIVEL DE ENSEÑANZA CURSADO	
					<input type="checkbox"/> 1 NIN-GUNO <input type="checkbox"/> 2 PRIMARIA INCOM-PLETA <input type="checkbox"/> 3 PRIMARIA COM-PLETA <input type="checkbox"/> 4 SECUNDARIA TERMI-NADA <input type="checkbox"/> 5 PRE-UNIV. O TECNOLÓGICO TERMINADO <input type="checkbox"/> 6 UNIVERSITARIA TERMI-NADA	
49 OCUPACION			50 DOMICILIO O RESIDENCIA: (CALLE, CARRETERA, FINCA, GRANJA, ETC.)			
51 MUNICIPIO		52 PROVINCIA		53 ZONA URBANA <input type="checkbox"/> 1 RURAL <input type="checkbox"/> 2	54 CENTRO DE TRABAJO	
42 ESTADO CONYUGAL ACTUAL DE LA MADRE: SOLTERA <input type="checkbox"/> 1 CASADA <input type="checkbox"/> 2 VIUDA <input type="checkbox"/> 3 DIVORCIADA <input type="checkbox"/> 4 ACOMPAÑADA <input type="checkbox"/> 5						

COPIA PARA EL COMITE ESTATAL DE ESTADISTICA

NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL INSCRIPTO				FIRMA DEL RESPONSABLE DEL CENTRO ASISTENCIAL O PERSONAL AUTORIZADO
FECHA DE NACIMIENTO	DIA	MES	AÑO	
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DEL PADRE				
NOMBRE (S) Y APELLIDOS DE LA MADRE				
				GOMIGRAFO DEL CENTRO ASISTENCIAL

SOLO PARA DECLARACIONES PRACTICADAS EN EL REGISTRO CIVIL

REGISTRO DEL ESTADO CIVIL DE:		SECCION DE:	TOMO	FOLIO
CONFECCIONADO POR:	CONFRONTADO POR:	FIRMADO POR:		
		ENCARGADO DEL REGISTRO DEL ESTADO CIVIL		

COMPROBANTE PARA EL INTERESADO