

REPUBLICA DE EL SALVADOR
DEPARTAMENTO DE CHALATENANGO
Alcaldía Municipal De Chalatenango

Libro:

Tomo:

Folio:

Partida Numero:

DATOS DEL RECIEN NACIDO

Nombre: _____ Sexo: _____
Lugar de nacimiento: _____
Hora: _____
Fecha: _____

DATOS DEL PADRE

Nombre completo: _____ DUI: _____
Conocido por: _____
Edad: _____ Originario de: _____
Domicilio: _____
Profesión u oficio: _____ Nacionalidad: _____

DATOS DE LA MADRE

Nombre completo: _____ DUI: _____
Conocida por: _____
Edad: _____ Originario de: _____
Domicilio: _____
Profesión u oficio: _____ Nacionalidad: _____

GENERALES

Informante: _____
Parentesco: _____
Conocido por: _____
DUI: _____
Fecha de inscripción: _____