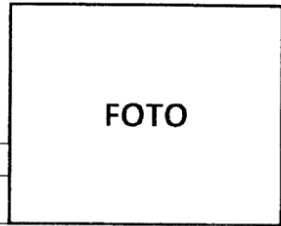


**CONSEJO NACIONAL DE ADOPCIONES
AUTORIDAD CENTRAL DE ADOPCIONES**



Formulario No. _____
 Lugar y Fecha _____
 Fecha Inicio Expediente Adopción _____

DATOS DEL NOTARIO			
Nombre y Apellidos			
Colegiado No.			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			

DATOS DEL NIÑO/NIÑA			
Nombre y Apellidos completos			
Lugar y fecha de Nacimiento			
Centro Hospitalario y direccion			
Otro lugar donde se atendio el parto y direccion (si aplica)			
Persona que atendio el parto (Medico o Comadrona)			
Observaciones del Parto	Sencillo		
	Múltiple		
Certificación de Partida de Nacimiento	ACTA:	FOLIO:	LIBRO:
Extendida en			

DATOS DE LA MADRE			
Nombre y Apellidos completos			
Fecha de Nacimiento			
Edad		Estado Civil	
Lugar de Nacimiento			
Certificación de Partida de Nacimiento	ACTA	FOLIO	LIBRO
Extendida en			
Cédula de Vecindad	No.Orden	Registro	
Extendida En			
Profesión u Oficio			

Dirección Actual			
Teléfono			
DATOS DEL PADRE			
Nombre y Apellidos completos			
Fecha de Nacimiento			
Edad		Estado Civil	
Lugar de Nacimiento			
Certificación de Partida de Nacimiento	ACTA	FOLIO	LIBRO
Extendida en			
Profesión u Oficio			
Cédula de Vecindad	No.Orden	Registro	
Extendida en			
Dirección Actual			
Teléfono			
UBICACIÓN ACTUAL DEL NIÑO/NIÑA			
Dirección			
Teléfono			
Institución y Persona Responsable			
Edad		Estado Civil	
Profesión u Oficio			
Lugar de Residencia			
Cédula de Vecindad	No.Orden	Registro	
Extendida en			
Forma en que fue Entregado el niño/niña			
DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL DEL NIÑO/NIÑA			
Estado de Salud Actual (indicar enfermedades que padezca)			
Médico Pediatra que lo Atiende			
Colegiado No.			
Dirección de la Clínica			
DE LOS FUTUROS ADOPTANTES			
Nombre de la Adoptante			
Profesión u Oficio			
Edad		Estado Civil	
Documento que la identifica		Número de Documento	

País de Origen		
Nombre del Adoptante		
Profesión u Oficio		
Edad	Estado Civil	
Documento que lo identifica	Número de Documento	
País de Origen		
Teléfono		
Dirección		
MANDATARIO JUDICIAL ESPECIAL CON REPRESENTACIÓN EN GUATEMALA		
Dirección		
Teléfono		
DATOS DEL MANDATO		
Número de Escritura	Lugar	Fecha
Nombre del Notario		
Número de Colegiado		
Número de Registro y Fecha		

Nombre de la persona que Registra _____

Firma y Sello del Abogado y Notario _____

Nombre Completo del Niño/a _____

Huellas Dactilares Palma Izquierda	Huellas Dactilares Palma Derecha
Huellas Dactilares Planta Izquierda	Huellas Dactilares Planta Derecha