

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

Formulario No. \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha \_\_\_\_\_

<b>DATOS DEL NOTARIO</b>			
Nombre y Apellidos			
Colegiado No.			
Dirección			
Teléfono		Fax	
Correo electrónico			
<b>DATOS DEL NIÑO</b>			
Nombre y Apellidos			
Lugar de Nacimiento			
Centro Hospitalario y/o lugar donde se atendió el parto.			
Persona que atendió el Parto			
Observaciones del Parto	Sencillo		
	Múltiple		
Certificación de Partida de Nacimiento	ACTA	FOLIO	LIBRO
Extendida en			
<b>DATOS DE LA MADRE</b>			
Nombre y Apellidos			
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			
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**

Dirección			
Teléfono			
Institución o Persona Responsable			
Edad	Estado Civil		
Profesión u Oficio			
Lugar de Residencia			
Cédula de Vecindad	No.Orden	Registro	
Extendida en			
Forma en que fue Entregado			

**DEL ESTADO DE SALUD ACTUAL DEL NIÑO**

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 \_\_\_\_\_

Nombre Completo del Niño/a \_\_\_\_\_

Huellas Dactilares Palma Izquierda

Huellas Dactilares Palma Derecha


Huellas Dactilares Planta Izquierda

Huellas Dactilares Planta Derecha