

**Cathedral of the Immaculate Conception**  
**“CATEDRAL DE SANTA MARIA”**  
**FORMA DE REGISTRO**

FECHA: \_\_\_\_\_

APELLIDO de FAMILIA \_\_\_\_\_

DIRECCION: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

TELÉFONO: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

TIENE APARTADO POSTAL: PO BOX # \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

PÁGINA ELECTRÓNICA \_\_\_\_\_

**MIEMBROS EN LA FAMILIA: (PERSONAS MAYORES DE 18 ANOS- QUE VIVEN EN ESTA CASA)**

Marque el jefe de familia primero, entonces marque que relación tienen cada miembro de la familia con el jefe (cabeza) de familia. Use el número.

\*0=JEFE DE CASA; 1=PADRE; 2=MADRE; 3=ESPOSO; 4=ESPOSA; 5=HIJO; 6=HIJA; 7=SOLTERO; 8=YERNO; 9=NUERA; 10 =NIETO; 11=NIETA; 12 =SOBRINO; 13=SOBRINA; 14=HERMANO;

15=HERMANA; 16=SUEGRO; 17=SUEGRA; 18= CUNADO; 19=CUNADA; 20=TIO; 21=TIA; 22=PRIMO; 23=PRIMA

	ADULTO #1	ADULTO #2	ADULTO #3	ADULTO #4
*RELACION FAMILIAR				
PRIMER NOMBRE				
SEGUNDONOMBRE				
APELLIDO				
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
PAIS DE ORIGEN	<input type="checkbox"/> Mexico <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Mexico <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Mexico <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Mexico <input type="checkbox"/> Otro:
IDIOMA(S)	Inglés:                  Español:	Inglés:                  Español:	Inglés:                  Español:	Inglés:                  Español:
FECHA DE NACIMIENTO	MES      DIA:      AÑO:	MES      DIA:      AÑO:	MES      DIA:      AÑO:	MES      DIA:      AÑO:
BAUTIZADO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :
SECTA RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:
1RA COMUNION	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :
CONFIRMADO	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Fecha :
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> Soltero/a, Nunca Casado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a, Nunca Casado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a, Nunca Casado <input type="checkbox"/> Viudo/a	<input type="checkbox"/> Soltero/a, Nunca Casado
CASADOS	Fecha: <input type="checkbox"/> Por Sacerdote Católico	Fecha: <input type="checkbox"/> Por Sacerdote Católico	Fecha: <input type="checkbox"/> Por Sacerdote Católico	Fecha: <input type="checkbox"/> Por Sacerdote Católico
	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a	<input type="checkbox"/> Separado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a
OCUPACION:				
EMPLEADO EN:				
Tel. del TRABAJO:	(____) _____	(____) _____	(____) _____	(____) _____
Nivel de Educación:	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep <input type="checkbox"/> Universidad
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:

**MIEMBROS EN LA FAMILIA: (MENORES de 18 ANOS-QUE VIVEN EN ESTA CASA)**

\*5=HIJO; 6=HIJA; 10=NIETO; 11=NIETA; 12 =SOBRINO; 13=SOBRINA; 14=HERMANO; 15=HERMANA; 22=PRIMO; 23=PRIMA

	Nino#1	Nino#2	Nino#3	Nino#4	Nino#5	Nino#6
*RELACION FAMILIAR						
PRIMER NOMBRE						
SEGUNDO NOMBRE						
APELLIDO						
SEXO	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
PAIS DE ORIGEN	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MEX. _____	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MEX. _____	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MEX. _____	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MEX. _____	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MEX. _____	<input type="checkbox"/> USA <input type="checkbox"/> MEX. _____
IDIOMA(S)	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL	<input type="checkbox"/> INGLES <input type="checkbox"/> ESPANOL
FECHA de NACIMIENTO	MES: DIA: AÑO:	MES: DIA: AÑO:	MES: DIA: AÑO:	MES: DIA: AÑO:	MES: DIA: AÑO:	MES: DIA: AÑO:
BAUTIZADO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:
SECTA RELIGIOSA	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:	<input type="checkbox"/> Católica <input type="checkbox"/> Otra:
1RA COMUNION	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:
CONFIRMADO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si, Fecha:
NOMBRE de ESCUELA						
Nivel de Educación:	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep____ <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep____ <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep____ <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prep____ <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prepa____ <input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Grado:____ <input type="checkbox"/> Prepa____ <input type="checkbox"/> Universidad
Necesidades Especiales:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:	<input type="checkbox"/> No puede salir de casa <input type="checkbox"/> Incapacitado:

Otra información que usted cree útil en nuestros ministerios que le ayudará a usted y su familia: \_\_\_\_\_