



SOLICITUD PARA EL CAMBIO DE GÉNERO EN LOS CERTIFICADOS DE EVENTOS VITALES

Favor completar toda la información solicitada a continuación.

Parte A: Datos del Solicitante

Deberá presentar este formulario acompañado de uno de los siguientes documentos:

- Licencia de Conducir que muestre cambio en el género.
- Pasaporte que muestre cambio en el género.
- Certificación emitida por un profesional de la salud o profesional de la conducta que tenga relación Médico- Paciente con el solicitante (más abajo se encuentra el modelo)

Cuando no posea algún documento expedido previamente, un profesional de la salud o profesional de la conducta que tenga relación con el solicitante, deberá completar la **Parte B** de este formulario.

Nombre	inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno
			Identificación Presentada
Dirección Física			Dirección Postal

Por este medio solicito se expida la certificación de nacimiento con la selección de género seleccionado a continuación:

- Femenino
 Masculino

A esos efectos yo, _____, bajo apercimiento de pena de perjurio Certifico; que esta petición obedece exclusivamente a mi interés de que el certificado de nacimiento que me expida el Registro Demográfico, este acorde con el género con el cual me identifico, y que no la hago con el propósito de defraudar, ni cometer acto ilegal alguno.

Firma del solicitante	Fecha (d/m/a)

Parte B: Información del Profesional Clínico Evaluador del Solicitante

Nombre del profesional clínico evaluador	Inicial	Apellidos
Título del profesional clínico evaluador (Psicólogo, Terapeuta, Trabajador Social, Médico, Manejador de casos o consejero evaluador)		
Núm. de teléfono _____		
Dirección Física		Dirección Postal

Número de licencia del profesional evaluador _____

Para todos los fines pertinentes y basados en mi opinión profesional, hago constar que la identidad de género de la persona arriba nombrada es:

- Femenino
 Masculino

Y que se puede esperar que este siga siendo el género con el cual se le identifique en el futuro. Certifico bajo pena de perjurio que la información aquí provista es cierta y verdadera.

Firma del Clínico Profesional	Núm. de Licencia Profesional	Fecha (d/m/a)