



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN
ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015
FOLIO

150673785

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Recién Nacido
Nombre(s)

Guadarrama
Apellido paterno

Arreguin
Apellido materno

2. CURP

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No

Se ignora

6. PESO

12

Kilogramos

Gramos

7. TALLA

5121

Metros

Centímetros

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se ignora

4. NACIONALIDAD

Mexicana

Otra

Se ignora

9. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Para menores de un día

Minutos

Horas

Días

Para menores de un mes

Meses

Años cumplidos

Para menores de un año

Se ignora

9.1 Para menores de un año escriba el número de folio del Certificado de Nacimiento:

8. FECHA DE NACIMIENTO

11.1

04

12

01

5

Año

Para personas de un año o más

Se ignora

10. ESTADO CONYUGAL

En unión libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Soltero(a)

Casado(a)

Se ignora

11. RESIDENCIA HABITUAL Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido(a)

Primavera No 7 La Canada

11.1 Calle y número

11.2 Colonia

11.3 Localidad

Tamazunchale

11.4 Municipio o delegación

San Luis Potosí

11.5 Entidad federativa o país si residía en el extranjero

12. ESCOLARIDAD

Ninguna

Primaria incompleta

Secundaria incompleta

Bachillerato o preparatoria incompleta

Profesional

Se ignora

Preescolar

Primaria completa

Secundaria completa

Bachillerato o preparatoria completa

Posgrado

13. OCUPACIÓN HABITUAL

13.1 Trabajaba

Si

No

Se ignora

14. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

Ninguna

ISSSTE

SEDENA

Seguro Popular

Otra

IMSS

PEMEX

SEMAR

IMSS Oportunidades

Se ignora

15. SITIO DE OCURRENCIA DE LA DEFUNCIÓN

Secretaría de Salud

IMSS

PEMEX

SEMAR

Otra unidad médica privada

Unidad médica privada

16. DOMICILIO DONDE OCURRIÓ LA DEFUNCIÓN

Boulevard Mexico Laredo No 914 Frac. 11 de Enero

16.1 Calle y número

16.2 Colonia

16.3 Localidad

San Luis Potosí

16.4 Municipio o delegación

16.5 Entidad federativa

17. FECHA Y HORA DE LA DEFUNCIÓN

11.20.4120.11.50.19.11.5

16. Dia

17. Mes

18.2. Año

Horas

18.2. Minutos

18.2. TUVO ATENCIÓN MÉDICA DURANTE LA ENFERMEDAD O LESIÓN ANTES DE LA MUERTE?

Sí

No

Se ignora

19. ¿SE PRÁCTICO NECROPSIA?

Sí

No

22. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS

22.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: