



SECRETARÍA DE SALUD CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2015

FOLIO

150678016

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s) Ma Dolores Apellido paterno Hernandez Apellido materno Gonzalez

2. CURP

H E G D G Y 1 0 1 9 M S P R N L 0 6 Se ignora ☐ 99

3. SEXO

Hombre ☐ 01 Mujer ☒ 02 Se ignora ☐ 09

4. NACIONALIDAD

Mexicana ☒ 01 Otra ☐ 02 Se ignora ☐ 09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí ☐ 01 No ☒ 02 Se ignora ☐ 09

6. PESO

48 Kilogramos Gramos

7. TALLA