



**SECRETARÍA DE SALUD**  
**CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN**

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2016  
FOLIO

160615514

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

*Sanjana Fabiola*

Nombre(s)

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

			Se ignora <input type="radio"/> 99	3. SEXO	Hombre <input type="radio"/> 1	Mujer <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	4. NACIONALIDAD
Sí <input type="radio"/> 1	No <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9	6. PESO	7. TALLA	8. FECHA DE NACIMIENTO	Mexicana <input type="radio"/> 1	Otra <input type="radio"/> 2	Se ignora <input type="radio"/> 9
Kilogramos	Gramos	Metros	Centímetros	Día	Mes	Año		

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí  1

No  2

Se ignora  9