



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

Modelo 2016  
FOLIO

160615564

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

**1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)**

Petra  
Nombre(s)

Leyva  
Apellido paterno

Caleana  
Apellido materno

**2. CURP.**

Se ignora  99

**3. SEXO**

Hombre  01

Mujer  02

Se ignora  09

**4. NACIONALIDAD**

Mexicana  0X

Otra  02

Se ignora  09

**5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?**

Sí  01

No  02

Se ignora  09

**6. PESO**

Kilogramos

Gramos

**7. TALLA**

Metros

Centímetros

**8. FECHA DE NACIMIENTO**

22

12

1942

**9. EDAD**

**CUMPLIDA**

Para menores de una hora

Para menores de un día

Para menores de un mes

Para menores de un año

Para personas de un año o más

Meses

Años cumplidos

73

Se ignora  09

Minutos

Horas

Días

Meses

Años cumplidos

Se ignora  09

Se ignora  09