



SECRETARÍA DE SALUD
CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

FOLIO

160616412

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

M. Santos

Nombre(s)

Ornelas

Martinez.

Apellido paterno

Apellido materno

2. CURP

Se ignora 99

3. SEXO

Hombre 01Mujer 02Se ignora 09

4. NACIONALIDAD

Mexicana 01Otra 02Se ignora 09

5. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí 01 No 02 Se ignora 09

6. PESO

Kilogramos

7. TALLA

Gramos

Metros

Centímetros

8. FECHA DE NACIMIENTO

01 / 11 / 1970

Día Mes Año

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

Años cumplidos

Se ignora 09

Minutos

Horas

Días

Meses

Años

Días

Meses

Anos cumplidos

Anos cumplidos