



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

Modelo 2017

FOLIO

170650255

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

## 1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

## 2. FECHA DE NACIMIENTO

Día Mes Año

## 3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora 

## 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

## 5. CURP

CURP