



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

180641910

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Reyna

Nombre(s)

Paniemos

Primer Apellido

Cordova.

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

Se ignora

99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí No Se ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana Otra

2 →

Se ignora

9

→

Especifique

8. EDAD CUMPLIDA

Para menores de una hora

Minutos

Para menores de un día

Horas

Para menores de un mes

Días

Para menores de un año

Meses

Para personas de un año o más

Años cumplidos*

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

9. ESTADO CONYUGAL

En unión libre Separado(a) Divorciado(a) Soltero(a)

1 →

Se ignora Viudo(a) Casado(a)

5 →

2 →

Se ignora

9

→

Especifique

9

→

Especifique