



# SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2011-1

FOLIO

180652299

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

YOLANDA

LOPEZ

CASTRO

2. FECHA DE NACIMIENTO

10 13 10 17 11 19 16 15  
Día Mes Año

3. SEXO

Hombre

 1

Mujer

 2

Se ignora

 9

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

San Luis Potosí

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

11 01 01 65 10 17 03 M S I P E L 10 13 1

Se ignora

 99

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

 1

No

 2

Se ignora

 9

7. NACIONALIDAD

Mexicana

 1

Otra

 2

→

Especifique

Se ignora

 9

8. 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

15 2

Años cumplidos

Minutos

Horas

Días

Meses

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

Separado(a)

 6

Viudo(a)

 2

Casado(a)

 5

En unión libre

 4

Divorciado(a)

 3

Soltero(a)

 1

Se ignora

 9

10. RESIDENCIA HABITUAL

Anote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

Calle Adalfo Lopez Matos

10.2 Nombre de la vialidad

1/4

LOCALIDAD

Cofradia Grande

10.6 Nombre del asentamiento humano

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.7 Código Postal

10.8 Localidad

10.9 Municipio o delegación

10.10 Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

11. ESCOLARIDAD

Ninguna

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Preescolar

IMSS

IMSS PROSPERA

ISSSTE

PEMEX

SEMAR

IMSS PROSPERA

ISSSTE

SEDENA

Otro

Poegrado

SEDENA

Otro

Otro