



## SECRETARÍA DE SALUD

## CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

Modelo 2017.1

FOLIO

190675274

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A) **MIGUEL HUERTA GONZALEZ**

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

10 013 1 1 3 6

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre

Mujer

Se

ignora

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

MIGUEL HUERTA GONZALEZ

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

HEGJ130310H5PR1G1

6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?

Sí

No

Se

ignora

7. NACIONALIDAD

Mexicana

Se

ignora

Otra

→

Especifique

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

Entidad federativa o país (si residía en el extranjero)

Minutos

Horas

Días

Meses

Años cumplidos

Para menores de 28 días anote:

8.1 Folio del Certificado de Nacimiento:

8.2 Semanas de gestación:

8.3 Peso (gramos):

10. RESIDENCIA HABITUAL

Añote el domicilio permanente donde vivía el fallecido (a)

10.1 Tipo de vialidad

10.2 Nombre de la vialidad

10.3 Núm. Exterior

10.4 Núm. Interior

10.5 Tipo de asentamiento humano

10.6 Nombre del 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

Preescolar

Bachillerato o preparatoria

Profesional

Posgrado

Primaria

Secundaria

Completa

Incompleta

Secundaria

Se

ignora

99

11.1 La escolaridad seleccionada es:

12. OCUPACIÓN HABITUAL

12.1 Trabajaba

Si

No

Se

ignora

99

13. AFILIACIÓN A SERVICIOS DE SALUD

IMSS

ISSSTE

PEMEX

SEDENA

IMSS PROSPERA

SEMAR

IMSS

ISSSTE

SEDENA

IMSS PROSPERA

SEMAR

IMSS