



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

Modelo 2017.1

FOLIO

210833140 210833140 210833140 210833140 210833140 210833140

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

1. NOMBRE DEL FALLECIDO(A)

Jose Reynaldo

Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

07 05 1976

Día

Mes

Año

3. SEXO

Hombre Mujer Se ignora 

4. ENTIDAD DE NACIMIENTO

San Luis Potosí

Entidad federativa o país (si nació en el extranjero)

5. CURP

Se ignora 

99

Se ignora 

99