



SECRETARÍA DE SALUD

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

ANTES DE LLENAR LEA LAS INSTRUCCIONES EN EL REVERSO

FOLIO

1. NOMBRE
DEL(FECHA)
FALLECIDO(A)
Nombre(s)

Primer Apellido

Segundo Apellido

2. FECHA DE NACIMIENTO

1965

Año

Mes

Día

Año

Mes

Día