

SECRETARIA DE SALUD  
DOTACIÓN DE CERTIFICADOS DE  
DEFUNCIÓN Y MUERTE FETAL



Tipo de Certificado: Defunción

30/10/2015 21:15:06

Unidad: H. Rovirosa

Folio Inicial: 150745631

Folio Final: 150745700

Total de Certificados: 70

Nombre y Firma  
Quien Recibe:

Lic. Luis Rodríguez Piña

Otorgado por:


Ma. Juana Martínez Vásquez

- **LA COPIA VERDE DEL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN QUEDA EN RESGUARDO DE LA UNIDAD O MÉDICO CERTIFICANTE.**
- En el momento de recibir la dotación de formatos, la unidad arriba mencionada, será la responsable del manejo, control, distribución y buen o mal uso de los certificados de defunción y muerte fetal.
- Para surtir la dotación de certificados correspondiente al mes siguiente, deberá cumplir con el **80% de esta dotación** más el **100% de las anteriores**.
- Las unidades médicas y administrativas que reciban y otorguen certificados de defunción y muerte fetal deben llevar un control acerca de los certificados recibidos, expedidos y cancelados, que puede ser requerido en el momento que se solicite una nueva dotación o para la aclaración de dotaciones vigentes.
- Las formas para justificar el certificado de defunción son: por base de datos, cancelados (original y sus tres copias) y DENUNCIA DE HECHOS ANTE EL MINISTERIO PÚBLICO donde se especifique la cantidad y los números de folios de los Certificados extraviados.
- Los certificados cancelados deben ser devueltos, mediante oficio, en donde se especifique el número de folio y causa de su cancelación.
- Las bases de datos deberán ser enviadas semanalmente por correo electrónico ([seedtabest@saludtab.gob.mx](mailto:seedtabest@saludtab.gob.mx)) o por algún otro medio electrónico; aplica para la solicitud de dotación el envío de dicha base.





**Tablas**



-  Defuncion2015
-  Fetales2013
-  DEFFETAL
-  DEFFETAL2012
-  DEFFETAL2013
-  DEFFETAL2014
-  DEFFETAL2015
-  DEFUNCIÓNES
-  DEFUNCIÓNES2012
-  DEFUNCIÓNES2014
-  DEFUNCIÓNES2015





**Consultas**



-  Defun2012
-  Defun2013
-  Defun2014
-  Defun2015
-  Fetal2012
-  Fetal2013
-  Fetal2014
-  Fetal2015
-  recuperados-Fetal2013
-  faltantes
-  Faltantes Fetal



**Formularios**



-  Actualizacion
-  Defuncion
-  rptfetal
-  rptxunidad1se



**Informes**



-  fet1ersem
-  rep\_falta1er-def

**Macros**



-  abre-rep-1er-def
-  abre-rep-1er-fet

Folio	Unidad	Mes	Año	Capturado	Cancelado	Extemporan	Extraviados	Observaciones
150743797	H. Juan Graham	9	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APELLIDO DEL MEDICO
150743800	H. Juan Graham	9	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN EL PARENTESCO
150744391	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN EL SITIO DE LA DEF.
150744394	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA LUGAR DE RESIDENCIA
150744402	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA FIRMA DEL MEDICO
150744404	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA CEDULA DEL MED.
150744408	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA FECHA DE NACIMIENTO
150744410	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA EDAD DEL FALLECIDO
150744413	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN EL NOMBRE DEL FALLECIDO
150744415	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR LA CAUSA
150744418	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN EL NOMBRE
150744421	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LAS CAUSAS
150744423	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LOS APELLIDOS
150744424	ISSSTE	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LOS APELLIDOS
150744426	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	RESIDENCIA HABITUAL
150744427	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL INFORMANTE
150744428	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL CERTIFICANTE
150744432	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO DONDE OCURRIO LA DEF
150744437	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL INFORMANTE
150744445	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL INFORMANTE
150744453	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APELLIDO MATERNO FALLECIDO
150744456	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EDAD CUMPLIDA
150744460	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL FALLECIDO
150744462	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTADO CONYUGAL
150744463	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTADO CONYUGAL
150744464	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTADO CONYUGAL
150744466	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL FALLECIDO
150744467	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NOMBRE DEL FALLECIDO
150744468	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NUM. DE CEDULA DEL MEDICO
150744469	H. Mujer	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ESTADO CONYUGAL
150745072	H. Juan Graham	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN EL NOMBRE FALLECIDO
150745074	H. Juan Graham	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	FECHA DE DEFUNCION
150745078	H. Juan Graham	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO DEL FALLECIDO
150745081	H. Juan Graham	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA SEG. SOCIAL AFILIA
150745082	H. Juan Graham	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ERROR EN LA CURP
150745084	H. Juan Graham	10	2015	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APELLIDO PATERNO DEL FALLECIDO