

Fecha de recibido	Día	Mes	Año
-------------------	-----	-----	-----

APRECIABLE DOCTOR

Antes de contestar las preguntas del presente certificado, rogamos a usted enterarse de las siguientes recomendaciones:

- En caso de muerte por causas externas, rogamos dar amplios detalles.
- Si el fallecimiento fue a consecuencia de homicidio o suicidio, deberá especificar los medios empleados.
- En los casos de tratamiento quirúrgico, se indicara la naturaleza de la operación y los factores que ameritaron tal procedimiento.
- Si la muerte fue a consecuencia de una neoplasia, si es posible, se describirá el tipo y la parte primeramente afectada.
- Estimaremos no utilizar el uso de términos imprecisos.
- Se describirá cualquier carácter de enfermedad que haya causado el fallecimiento, aunque esté fuera del cuadro habitual.
- Cuando el espacio destinado a las respuestas no sea suficiente para anotar los detalles que se crea necesario proporcionar utilice el espacio de datos adicionales.

1. DATOS GENERALES DEL ASEGURADO FALLECIDO

Nombre del fallecido:	Edad:
Domicilio:	
Ocupación cuando falleció:	Lugar del fallecimiento:
Si la muerte ocurrió en un hospital o institución médica, anotar el nombre:	
Qué tiempo hace que conoció al fallecido:	
Cuándo fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento:	
Cuándo practicó la última visita:	

1. En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc. lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento que motivo la muerte (dar detalles en el cuadro siguiente)

2. Que otras enfermedades padeció el fallecido (dar detalles en el cuadro siguiente)

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	NÚMERO DE VISITAS	FECHA O DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS
(1)				
(2)				

2. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO

Cuál fue la causa principal de la muerte:

Duración probable:

Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte (detallar):

Sabe usted si el fallecido tenía el hábito de las bebidas alcohólicas o de narcóticos (detallar):

Hubo alguna investigación oficial de la causa de muerte o autopsia (detallar):

Médicos que atendieron al fallecido en su última enfermedad (nombre y dirección)

Datos adicionales:

Nombre:

DUI:

Teléfono:

Email :

Firma

Sello

Lugar y fecha