



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 INDICARÁ LA NATURALEZA DE LA OPERACIÓN Y LOS FACTORES QUE AMERITARON TAL PROCEDIMIENTO
- SI LA MUERTE FUE A CONSECUENCIA DE UN NEOPLASMA, 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, QUE 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.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO: _____ 2. EDAD: _____
3. DOMICILIO: _____
4. OCUPACIÓN CUANDO FALLECIÓ: _____
5. LUGAR DEL FALLECIMIENTO: _____
6. SI LA MUERTE OCURRIÓ EN UN HOSPITAL O INSTITUCIÓN MÉDICA, ANOTAR EL NOMBRE: _____
7. QUÉ TIEMPO HACE QUE CONOCIÓ AL FALLECIDO: _____
8. CUÁNDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO: _____
9. CUÁNDO PRACTICÓ LA ÚLTIMA VISITA: _____
10. EN QUÉ ENFERMEDADES, AFECCIONES, OPERACIONES, ETC. LO ASISTIÓ USTED O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE: (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE)
11. QUÉ OTRAS ENFERMEDADES PADECIÓ EL FALLECIDO (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE):

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	NUMERO DE VISITAS	FECHA DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS
(10)				
(11)				

12. CUÁL FUE LA CAUSA PRINCIPAL DE LA MUERTE: _____
SU DURACIÓN PROBABLE: _____
13. EXISTIERON OTROS FACTORES QUE CONTRIBUYERON A CAUSAR LA MUERTE (DAR AMPLIOS DETALLES): _____
14. SABE USTED SI EL FALLECIDO TENÍA EL HÁBITO DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE NARCÓTICOS (DAR AMPLIOS DETALLES): _____
15. HUBO ALGUNA INVESTIGACIÓN OFICIAL DE LA CAUSA DE LA MUERTE, O AUTOPSIA (DAR AMPLIOS DETALLES): _____
16. QUÉ OTROS MÉDICOS ATENDIERON AL FALLECIDO EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD (DAR NOMBRE Y DIRECCIONES): _____

DATOS ADICIONALES: _____

LUGAR: _____ FECHA: _____
No. TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____