



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	NÚMERO 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 _____

N° teléfono _____ Correo electrónico _____

Nombre completo

Firma médico

Sello