

# Formulario médico sobre las causas del fallecimiento del asegurado

Este deberá ser contestado de puño y letra por el médico que extendió el certificado de defunción o por el médico tratante del Asegurado.

## DATOS DEL ASEGURADO

Nombre (Apellido Paterno, Materno y Nombre(s)) \_\_\_\_\_

No. de Póliza \_\_\_\_\_ Tipo de seguro (individual) \_\_\_\_\_ No. de Certificado \_\_\_\_\_

Residencia en el momento del fallecimiento \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Edad al fallecimiento \_\_\_\_\_

Lugar del fallecimiento \_\_\_\_\_ Sexo F  M  Fecha del fallecimiento \_\_\_\_\_ día / mes / año

El fallecimiento ocurrió en el hospital o sanatorio ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Tiempo de conocer al asegurado? \_\_\_\_\_ ¿Tiempo de atender al asegurado? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue Ud. consultado por primera vez a cerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento? \_\_\_\_\_

En caso de no haberlo tratado ¿cuál es la razón por la que extiende el certificado de defunción? \_\_\_\_\_

¿Hubo en la muerte del asegurado efectos directos o indirectos causados por el uso de bebidas alcohólicas, drogas u otros tipos de estimulantes o enervantes, etc? Sí  No  En caso afirmativo, favor de especificar \_\_\_\_\_

En que enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió Ud., o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? ( detallar el siguiente cuadro)

Nombre de la enfermedad			
No. de veces que lo asistió			
Fecha de inicio	día / mes / año	día / mes / año	día / mes / año
Duración			
Gravedad			
Secuelas			

Nombres de otros médicos que atendieron al Asegurado

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

## CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

	Causas de la defunción (una sola en cada renglón)	Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
Parte I Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente causas, antecedentes. Estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.	A)  B)  C)  D)	

<p>Parte II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbosos que la produjo.</p>		
--	--	--

Nota: Las causas de la defunción deberán anotarse de acuerdo con el modelo del certificado internacional que comprende las partes: I “Causa de defunción A) B) y C)” y la II “Otros estados patológicos no relacionados con la enfermedad principal o básica”.

Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.

**DATOS DEL MÉDICO**

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Certificado del consejo de especialidad \_\_\_\_\_

Cédula dirección general de profesiones \_\_\_\_\_ Cédula de especialidad \_\_\_\_\_

R.F.C. \_\_\_\_\_ Lugar \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ día / mes / año

\_\_\_\_\_  
Firma del médico tratante