

Formulario médico sobre las causas de la muerte del Asegurado

Para ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o el que atendió al Asegurado durante su enfermedad.

1- Nombre completo del finado
(apellido paterno, materno y nombre)

Fecha de nacimiento

2- Residencia en el momento de la muerte

Ciudad Estado

Fecha de fallecimiento

3- Edad al morir Sexo Estado Civil

4- Ocupación a la fecha de la muerte

5- Lugar del fallecimiento

Fecha de fallecimiento

6- Si la muerte ocurrió en un hospital o sanatorio dar el nombre

7- ¿Qué tiempo hace que conoció usted al finado?

8- Tiempo que atendió al Asegurado Fecha

9- ¿Cuándo fue usted consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento?

10- ¿En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc. lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento que le motivó la muerte?
(dar detalles en el cuadro siguiente)

Nombre de la enfermedad	<input type="text"/>		
Nº. de veces	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Duración <input type="text"/>
Gravedad	<input type="text"/>	Secuelas	<input type="text"/>
Nombre de la enfermedad	<input type="text"/>		
Nº. de veces	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Duración <input type="text"/>
Gravedad	<input type="text"/>	Secuelas	<input type="text"/>
Nombre de la enfermedad	<input type="text"/>		
Nº. de veces	<input type="text"/>	Fecha <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Duración <input type="text"/>
Gravedad	<input type="text"/>	Secuelas	<input type="text"/>

11- ¿Cuándo atendió usted por primera vez a la persona fallecida?

12- Datos de la defunción

Causas 1

Para ser llenado por el médico que extendió el certificado de defunción o al que atendió al Asegurado durante su enfermedad.

a) Enfermedad u otra causa que directamente produjo la muerte
Tiempo que en su opinión estuvo sufriendo de la afección que le causó la muerte

b) Enfermedad u otra causa que dio origen a la que determinó la muerte
Tiempo que en su opinión estuvo sufriendo de la afección que le causó la muerte

c) Otros estados patológicos anteriores relacionados con la enfermedad que produjo la muerte
Tiempo que en su opinión estuvo sufriendo de la afección que le causó la muerte
Otros estados patológicos que no tuvieran relación con la enfermedad principal o básica
Tiempo que en su opinión estuvo sufriendo de la afección que le causó la muerte

13- En caso de defunción por causas violentas o accidentales, sírvanse informar la causa y que autoridad tomó conocimiento

14- Lugar, fecha y hora en que ocurrió el accidente
Lugar
Fecha Hora

15- ¿Hubo en la muerte del Asegurado efectos directos e indirectos, causados especialmente por el uso de bebidas alcohólicas por su ocupación o por el lugar de residencia?

Nombre completo del médico
Dirección (ciudad, estado)
Título Cédula N°.

Otros médicos que lo atendieron
Nombre completo del médico
Dirección (ciudad, estado)
Nombre completo del médico
Dirección (ciudad, estado)

Fecha en el de de

Datos adicionales

Firma