

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, Nombre (s)):										
Número de Póliza:			Tipo de Seguro (Individual):				Número de Certificado:			
Residencia en el momento del Fallecimiento:			Ciudad:		Estado:		Edad al Fallecimiento:			
Lugar del Fallecimiento:					Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 usted consultado por primera vez acerca 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.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
En caso afirmativo, favor de especificar:										
¿En qué enfermedades o afecciones, operaciones, etc., lo asistió usted o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? (Detallar el siguiente cuadro)										
Nombre de la Enfermedad										
Número de veces que lo asistió										
Fecha de inicio		Día	Mes	Año		Día	Mes	Año		
Duración										
Gravedad										
Secuelas										
Nombre de otros Médicos que atendieron al Asegurado										
Nombre:						Teléfono:				
Dirección:				Ciudad:		Estado:				
Nombre:						Teléfono:				
Dirección:				Ciudad:		Estado:				
Causas de la Defunción										
Parte I		Causas de la Defunción (una sola en cada renglón)						Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte		
Enfermedad, lesión o estado patológico que produce la muerte directamente		A)								
Causas, antecedentes		B)								
Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica.		C)								
		D)								
Parte II										
Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte pero no relacionados con la enfermedad o estado morbooso que la produjo.										
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										