

INFORME MÉDICO DE FALLECIMIENTO

DATOS DEL MÉDICO

Nombre del Médico que atendió al Asegurado			Teléfono
Domicilio del Médico			
Registro S.S.A	Cédula Profesional	R.F.C.	Atendió Personalmente al Asegurado <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

DATOS DE LA DEFUNCIÓN / ASEGURADO

Nombre del Asegurado		Ultima Ocupación	Edad al morir
Domicilio del Asegurado	Muerte Violenta o Accidental <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Muerte en Hospital <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de Fallecimiento
Fecha de Ingreso al Hospital	Nombre del Hospital		Domicilio del Hospital
Lugar de Fallecimiento	Fecha de Primera Consulta	Causa de Fallecimiento	Fecha de Ultima Consulta Tiempo Atención Ultima Consulta
Causa o Enfermedad que directamente produjo la Muerte			Tiempo de Duración
Causa o Enfermedad que dio origen a la que determinó la Muerte			Tiempo de Duración
Otras causas o Enfermedades anteriores relacionadas con la Enfermedad Mortal			Tiempo de Duración
Otros Estados Patológicos que no tuvieron relación con la Enfermedad Principal			Tiempo de Duración

DATOS DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO

Nombre Completo	Domicilio	Teléfono
Nombre Completo	Domicilio	Teléfono

Como médico tratante autorizo a los Hospitales donde fue recluso el Asegurado para que otorguen a Aseguradora Patrimonial Vida S.A., todos los informes que se refieren al tratamiento del Asegurado.

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

FIRMAS DE CONFORMIDAD

Lugar y Fecha

Firma del Médico que elaboró el Informe