

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)):											
No. DE PÓLIZA		TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL, GRUPO O COLECTIVO)					No. DE CERTIFICADO				
RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO		CIUDAD			ESTADO		EDAD AL FALLECIMIENTO				
LUGAR DEL FALLECIMIENTO				SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		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? SI () NO ()											
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR:											
¿EN QUE 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											
No. DE VECES QUE LO ASISTIÓ											
FECHA DE INICIO		DÍA	MES	AÑO	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 ENFERMEDAD, LESIÓN O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUCE LA MUERTE. CAUSAS, ANTECEDENTES ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALFONO, QUE PRODUJERON LA CAUSA CONSIGNADA ARRIBA, MENCIONÁNDOSE EN ÚLTIMO LUGAR LA CAUSA BÁSICA.		CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN) A) B) C)				INTERVALO APROXIMADO ENTRE EL INICIO DE LA ENFERMEDAD Y LA MUERTE					
PARTE II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO											
NOTA: LAS CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN DEBERÁN ANOTARSE DE ACUERDO CON EL MODELO DEL CERTIFICADO INTERNACIONAL QUE COMPRENDE LAS PARTES: 1°. 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:			RFC:		LUGAR:		FECHA:		DÍA	MES	AÑO
<hr style="width: 50%; margin: auto;"/> FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE											