

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): | | | | 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 UD. 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 NERVIANOS, ETC.? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR: | | | | | | | | | | |
| ¿EN QUÉ ENFERMEDADES O AFECIONES, 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 | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO | | | | | | | | | | |
| NOMBRE: | | | | | | TELÉFONO: | | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | CIUDAD: | | ESTADO: | | | |
| NOMBRE: | | | | | | TELÉFONO: | | | | |
| DIRECCIÓN: | | | | | CIUDAD: | | ESTADO: | | | |

Informativo

CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN

| | | |
|---|--|--|
| PARTE I ENFERMEDAD, LESIONES TADOPATOLÓGICO 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. | CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN) A) B) C) D) | 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: 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