

**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  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 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 ENERVANTES, ETC.?  SI  NO

EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR:

¿EN QUÉ ENFERMEDADES O AFECCIONES, 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:

### 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)	
<b>Parte II</b>		
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: RFC: LUGAR: FECHA: DÍA MES AÑO

FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE: