



## DECLARACION MÉDICA

**ESTA DECLARACION DEBE SER LLENADA POR EL MEDICO QUE ATENDIO AL ASEGURADO EN SU ULTIMA ENFERMEDAD.**

Para contestar las preguntas de la presente declaración deberán observar las siguientes recomendaciones:

- En caso de muerte por causa externa, rogamos dar amplios detalles.
- Si el fallecimiento fue consecuencia de homicidio o suicidio, deberá especificar los medios utilizados.
- En los casos en que haya habido tratamiento quirúrgico, indicar la naturaleza de la operación y los factores que ameritan tal procedimiento.
- Si la muerte ocurrió a consecuencia de neoplasma, describir el tipo e indicar la parte primeramente afectada, si es posible.
- Evítese el uso de términos imprecisos o ambiguos.
- Si el fallecimiento se debió a una causa concurrente, indíquese la naturaleza de la misma.
- Cuando el espacio destinado a las respuestas no sea suficiente deberán anotarse en "DATOS ADICIONALES".

**NOTA:** Los honorarios correspondientes a esta declaración, si los hubiere, serán por cuenta de los beneficiarios. La Compañía no hará ningún pago por tal concepto.

Nombres y Apellidos del fallecido \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_

Lugar, fecha y hora del fallecimiento \_\_\_\_\_

1) Si la muerte ocurrió en un hospital o sanatorio, favor indicar el nombre del establecimiento

\_\_\_\_\_

2) ¿Qué tiempo hace que conoció Ud. al fallecido? \_\_\_\_\_

3) Cuando fue consultado por primera vez acerca de la causa directa o indirecta del fallecimiento

\_\_\_\_\_

4) Cuando practico la última visita \_\_\_\_\_

5) En que enfermedades, afecciones, operaciones, etc.; lo asistió Ud., o fue consultado antes del padecimiento (Dar detalles en el cuadro siguiente)

ENFERMEDAD	FECHA	DURACION DEL TRATAMIENTO	GRAVEDAD	SECUELAS

6) Que otras enfermedades, aparte de las indicadas en el cuadro anterior, padeció el fallecido (Dar detalles en el cuadro siguiente:

ENFERMEDAD	FECHA	DURACION DEL TRATAMIENTO	GRAVEDAD	SECUELAS

7) ¿Cuál fue la causa principal de la muerte?

\_\_\_\_\_

8) ¿cuánto tiempo estima Ud., que duro el padecimiento que causo la muerte?

\_\_\_\_\_

9) Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte (Dar amplios detalles)?

\_\_\_\_\_

10) Sabe Ud., el fallecido tuvo el habito de las bebidas alcohólicas o de narcóticos (Dar amplios detalles)?

\_\_\_\_\_

11) Hubo alguna investigación oficial de la causa de la muerte, o autopsia (Dar amplios detalles)?

\_\_\_\_\_

12) Que otros médicos atendieron al fallecido en su ultima enfermedad (Dar nombre y dirección)

\_\_\_\_\_

**DATOS ADICIONALES:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fechado en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombre del Médico

\_\_\_\_\_

Firma y sello