

ANEXO 5.4.2.-a.4

LOGOTIPO

FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO

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	CUIDAD:	ESTADO:	EDAD AL FALLECIMIENTO:																		
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:	SEXO: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	FECHA DEL FALLECIMIENTO	<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO															
DA	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 <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
EN CASO AFIRMATIVO, FAVOR DE ESPECIFICAR																					
¿EN QUE 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	<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO				<table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO			
DA	MES	AÑO																			
DA	MES	AÑO																			
DA	MES	AÑO																			
DURACIÓN																					
GRAVEDAD																					
SECUELAS																					
NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO																					
NOMBRE :		TELÉFONO																			
DIRECCIÓN:		CUIDAD:	ESTADO:																		
NOMBRE :		TELÉFONO																			
DIRECCIÓN:		CUIDAD:	ESTADO:																		
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN																					
PARTE I	CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA REGLÓN)		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)																				
PARTE II																					
OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS SIGNIFICATIVOS QUE CONTRIBUYERON A LA MUERTE, PERO NO RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD O ESTADO MORBOSO QUE LA PRODUJO.																					
<p>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".</p> <p>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.</p>																					
DATOS DEL MÉDICO																					
NOMBRE DEL MÉDICO:																					
DIRECCIÓN:		CUIDAD:	ESTADO:																		
TELÉFONO:	CERTIFICADO DEL CONSEJO DE ESPECIALIDAD:	CÉDULA DIRECCIÓN GENERAL DE PROFESIONES:																			
CÉDULA DE ESPECIALIDAD:	R.F.C.:	LUGAR:	FECHA: <table border="1"> <tr> <td>DA</td> <td>MES</td> <td>AÑO</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>	DA	MES	AÑO															
DA	MES	AÑO																			
<p>_____</p> <p>FIRMA DEL MÉDICO TRATANTE</p>																					