

Antes de redactar esta declaración, léase las instrucciones al reverso de este formulario.

a. Nombre completo del Asegurado: b. Residencia al fallecer c. Ocupaciones	Calle o avenida: _____ No. _____ Zona: _____ Ciudad: _____ Depto.: _____ Al fallecer: _____ Anteriormente: _____		
2. a. Edad del asegurado al fallecimiento _____ b. Género _____ d. Estatura _____ e. Peso aproximado en estado de salud _____ f. Color del pelo _____ g. Color de los ojos _____ h. ¿Observó usted alguna señal o característica de identificación en el cuerpo del asegurado? _____ (Si se responde en sentido afirmativo, dé pormenores completos) _____			
3. Por favor, indique los detalles de cada condición médica por la cual usted trató o aconsejó al asegurado antes de su última enfermedad, incluyendo fechas, duración del tratamiento y resultado.			
Naturaleza de la enfermedad	Fecha	Duración	Resultado
4. ¿Desde qué fecha conoce usted al asegurado? _____			
5. a. Fecha de defunción b. Lugar de defunción c. Si ocurrió en un hospital o institución dé el nombre	a. _____ b. _____ c. _____		
6. a. ¿Cuál fue la causa inmediata del fallecimiento? (Véase las instrucciones al dorso) _____ b. Según su criterio, ¿desde qué fecha el asegurado sufría esta enfermedad o defecto físico? _____ c. ¿Cuáles fueron las causas contribuyentes del fallecimiento? Indicar lo más próximo posible, mediante fechas, el período de duración de cada una.			
Enfermedad o defecto	Duración		
d. Causa de la muerte e. ¿Existía alguna causa especial relacionada con la ocupación, residencia, costumbres o antecedentes personales del asegurado que pudiera haber influido en su fallecimiento? (En caso afirmativo, por favor proporcione detalles completos.)	d. _____ e. _____ _____ _____		
7. ¿Cuándo fue usted consultado por primera vez por el asegurado, algún familiar o amigo respecto a la enfermedad que causó directa o indirectamente su fallecimiento? b. ¿Fecha de su última visita?	a. Fecha _____ ¿Por quién? _____ b. _____		
8. ¿Se realizó alguna investigación oficial sobre la causa de la muerte o se practicó una autopsia al cuerpo del asegurado? (En caso afirmativo, por favor indique quién la realizó y el resultado obtenido.)			
_____ _____			

9. Por favor, indique los nombres y direcciones de todos los médicos o profesionales de la salud, aparte de usted, que, según su conocimiento, hayan atendido al asegurado durante los últimos tres años:

Nombre	Dirección	Enfermedad o defecto	Fechas de asistencia

10. ¿Qué otras enfermedades, deformidades, imperfecciones o afecciones de salud habían padecido el asegurado, y desde cuándo?

11. ¿El asegurado consumía bebidas alcohólicas o drogas narcóticas? <i>En caso afirmativo, ¿considera que esto contribuyó de alguna manera a la enfermedad que causó su fallecimiento?</i>	
12. Indique su número de colegiación	

Fecha en: _____ firma: _____

Este día _____ de _____ de _____ dirección: _____

En la ciudad de _____ a los _____ días del mes de _____ del año de _____ como Notario Público

CERTIFICO que la firma anterior es auténtica, por haber sido puesta en esta fecha en mi presencia, por el (la) señor(a) _____ a quien conozco y quien conmigo firma la presente.

Sello Notario Oficial

Notario Público

(Este instrumento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante un notario debidamente autorizado)

INSTRUCCIONES

(Todas las respuestas deberán ser escritas a mano por el médico).

Para asegurar la exactitud en las estadísticas demográficas, por favor utilice la lista internacional de causas de muerte al responder la pregunta No. 6 referente a causas externas (venenos, violencia, etc.).

En caso de heridas, lesiones, traumatismos o contusiones, describa detalladamente el accidente. En situaciones de suicidio u homicidio, especifique el método empleado.

En casos quirúrgicos, indique el tipo de operación realizada, así como la enfermedad, condición o estado que motivó dicho procedimiento. En el caso de mujeres, señálelos

Estados puerperales. Para neoplasmas, describa el tipo y la región afectada. Evite términos vagos o indefinidos. Por favor, describa minuciosamente cualquier aspecto anormal.