

**MAPFRE****FORMULARIO MÉDICO SOBRE LAS CAUSAS DEL FALLECIMIENTO DEL ASEGURADO**

DEBERÁ SER CONTESTADO POR EL MÉDICO QUE EXTENDIÓ EL CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN O EL MÉDICO TRATANTE DEL ASEGURADO.

DATOS DEL ASEGURADO											
NOMBRE (Apellido, Materno, Nombre (s)):											
No. DE PÓLIZA(S):			TIPO DE SEGURO (INDIVIDUAL, GRUPO O COLECTIVO):						No. DE CERTIFICADO		
RESIDENCIA EN EL MOMENTO DEL FALLECIMIENTO:				CIUDAD:			ESTADO:			EDAD DEL FALLECIMIENTO:	
LUGAR DEL FALLECIMIENTO:				SEXO: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> 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 USTED 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 NO DIRECTOS CAUSADOS POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHÓLICAS, DROGAS U OTROS TIPOS DE ESTIMULANTES O ENERVANTES, ETC.? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO											
EN CASO AFIRMATIVO FAVOR DE ESPECIFICAR:											
¿EN QUE ENFERMEDADES O AFECCIONES, OPERACIONES, ETC., LO ASISTIÓ 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:											
<b>NOMBRE DE OTROS MÉDICOS QUE ATENDIERON AL ASEGURADO</b>											
NOMBRE:						TELÉFONO:					
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		ESTADO:					
NOMBRE:						TELÉFONO:					
DIRECCIÓN:				CIUDAD:		ESTADO:					
CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN											
PARTE I ENFERMEDAD LESIÓN O ESTADO PATOLÓGICO QUE PRODUCE LA MUERTE DIRECTAMENTE. CAUSAS ANTECEDENTES ESTADOS MORBOSOS, SI EXISTIERA ALGUNO, QUE PRODUJERON LA CAUSA CONSIGNADA ARRIBA, MENCIONÁNDOSE EL ÚLTIMO LUGAR. LA CAUSA BÁSICA.			CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN (UNA SOLA EN CADA RENGLÓN): A) B) C) D)						INTERVALO O APROXIMADO ENTRE EL NICIO 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.											
<b>NOTA:</b> 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, ESTA 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