

Alameda Roosevelt 3107, San Salvador, El Salvador, C.A.
Apartado Postal 527. Tel.: 2257-6666, FAX: 2245-3389

Fecha Recibido: _____

Declaración No.2

APRECIABLE DOCTOR:

ANTES DE CONTESTAR LAS PREGUNTAS DEL PRESENTE CERTIFICADO, ROGAMOS A USTED ENTERARSE DE LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES:

- EN CASO DE MUERTE POR CAUSAS EXTERNAS, ROGAMOS DAR AMPLIOS DETALLES.
- SI EL FALLECIMIENTO FUE A CONSECUENCIA DE HOMICIDIO O SUICIDIO, DEBERÁ ESPECIFICAR LOS MEDIOS EMPLEADOS.
- EN LOS CASOS DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO, SE INDICARÁ LA NATURALEZA DE LA OPERACIÓN Y LOS FACTORES QUE AMERITARON TAL PROCEDIMIENTO.
- SI LA MUERTE FUE A CONSECUENCIA DE UN NEOPLASMA, SI ES POSIBLE, SE DESCRIBIRÁ EL TIPO Y LA PARTE PRIMERAMENTE AFECTADA.
- ESTIMAREMOS NO UTILIZAR EL USO DE TÉRMINOS IMPRECISOS.
- SE DESCRIBIRÁ CUALQUIER CARÁCTER DE ENFERMEDAD QUE HAYA CAUSADO EL FALLECIMIENTO, QUE ESTÉ FUERA DEL CUADRO HABITUAL.
- CUANDO EL ESPACIO DESTINADO A LAS RESPUESTAS NO SEA SUFICIENTE PARA ANOTAR LOS DETALLES QUE SE CREA NECESARIO PROPORCIONAR, UTILICE EL ESPACIO DE DATOS ADICIONALES.

I. DATOS DEL ASEGURADO

1. NOMBRES Y APELLIDOS DEL FALLECIDO: _____ 2. EDAD: _____

3. DOMICILIO: _____

4. OCUPACIÓN CUANDO FALLECIÓ: _____

5. LUGAR DEL FALLECIMIENTO: _____

6. SI LA MUERTE OCURRIÓ EN UN HOSPITAL O INSTITUCIÓN MÉDICA, ANOTAR EL NOMBRE: _____

7. QUÉ TIEMPO HACE QUE CONOCIÓ AL FALLECIDO: _____

8. CUÁNDO FUE CONSULTADO POR PRIMERA VEZ ACERCA DE LA CAUSA DIRECTA O INDIRECTA DEL FALLECIMIENTO: _____

9. CUÁNDO PRACTICÓ LA ÚLTIMA VISITA: _____

10. EN QUÉ ENFERMEDADES, AFECCIONES, OPERACIONES, ETC. LO ASISTIÓ USTED O FUE CONSULTADO ANTES DEL PADECIMIENTO QUE MOTIVÓ LA MUERTE: (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE)

11. QUÉ OTRAS ENFERMEDADES PADECIÓ EL FALLECIDO (DAR DETALLES EN EL CUADRO SIGUIENTE):

NOMBRE DE LA ENFERMEDAD	NÚMERO DE VISITAS	FECHA	DURACIÓN	GRAVEDAD	SECUELAS
(10)					
(11)					

12. CUÁL FUE LA CAUSA PRINCIPAL DE LA MUERTE: _____ SU DURACIÓN PROBABLE: _____

13. EXISTIERON OTROS FACTORES QUE CONTRIBUYERON A CAUSAR LA MUERTE (DAR AMPLIOS DETALLES) _____

14. SABE USTED SI EL FALLECIDO TENÍA EL HÁBITO DE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS O DE NARCÓTICOS (DAR AMPLIOS DETALLES): _____

15. HUBO ALGUNA INVESTIGACIÓN OFICIAL DE LA CUSA DE LA MUERTE, O AUTOPSIA (DAR AMPLIOS DETALLES): _____

16. QUÉ OTROS MÉDICOS ATENDIERON AL FALLECIDO EN SU ÚLTIMA ENFERMEDAD (DAR NOMBRE Y DIRECCIONES): _____

DATOS ADICIONALES _____

LUGAR: _____ FECHA: _____

No. TELÉFONO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO

FIRMA MÉDICO

(SELLO)