



CERTIFICACIÓN MÉDICA SOBRE CAUSA DE MUERTE

Esta declaración debe hacerla el médico que asistió al asegurado durante su última enfermedad.

Nombres y Apellidos del asegurado fallecido:		Fecha
Ocupación:	Fecha de Nacimiento:	

ANTECEDENTES DEL FALLECIMIENTO

- Indicar la enfermedad o afección determinante directa de la muerte:(indicar duración aproximada entre la iniciación y la muerte) _____ -
- Detallar, antecedentes determinantes, afecciones, si las hubiere, que hayan dado lugar a la causa directa, indicando la causa fundamental al final y **fecha del Diagnóstico:**

- Indicar otras causas significativas que hayan contribuido a la muerte, pero que no tengan relación con la enfermedad o afección determinante de la muerte y fecha del Diagnóstico: _____
- Lugar y fecha del fallecimiento: _____
- Fecha de antecedentes determinantes que hayan dado lugar a la causa directa que causó la muerte: _____
- ¿Cuánto tiempo conoció usted al fallecido? _____
- ¿Fue su médico asistente o simplemente ocasional? _____
- ¿Sabe usted si conocía el fallecido la enfermedad que le causó la muerte? SI NO
- ¿Desde cuándo el paciente conocía la enfermedad que le causó la muerte? Fecha: _____
- ¿Cuándo fue consultado por primera vez por el fallecido, acerca de las afecciones que fueron la causa directa de su muerte? _____
- Duración del tratamiento de la enfermedad que causó la muerte: _____
Ambulatorio: Desde _____ Hasta _____ **Hospitalizado:** Desde _____ Hasta _____
- Nombre de la Isapre o Institución de Salud a la cual pertenecía el Fallecido _____
Procedimientos efectuados: Médico quirúrgicos (especificar) _____

IDENTIFICACION DEL MEDICO

Nombre _____
Especialidad _____ Dirección _____ Teléfono _____
I.C.M. (A.G.) _____ Fecha _____ Firma _____