

DECLARACION DEL MEDICO

1. Nombres y apellidos del fallecido: _____
2. Edad: _____ años, Domicilio: _____ Tel. _____
3. Lugar del fallecimiento: País: _____ Ciudad: _____ Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____
Hora: _____ a.m. p.m.
4. Si la muerte ocurrió en un Hospital o Clínica, indicar el nombre: _____
5. ¿Desde cuándo conoció al fallecido? _____
6. Fecha de primera consulta: Día _____ Mes _____ Año _____
Fecha de última consulta: Día _____ Mes _____ Año _____
7. ¿En qué enfermedades, afecciones, operaciones, etc., lo asistió o fue consultado antes del padecimiento que motivó la muerte? (Especificar a continuación)

Enfermedad	Fecha	Duración del tratamiento	Gravedad	Secuelas

8. ¿Cuál fue la causa principal de la muerte? _____
9. ¿Cuánto tiempo estima que duró el padecimiento que causó la muerte? _____
10. ¿Existieron otros factores que contribuyeron a causar la muerte? (Especificar) _____
11. ¿Conoce si el fallecido tenía el hábito de ingerir bebidas alcohólicas u otro tipo de drogas? (Especificar) _____

Lugar y fecha: _____ de _____ de _____

Nombre completo del médico

Firma

Sello