

## Declaración de fallecimiento No.2

Llénese por el médico

I. Datos del Asegurado finado									
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s)			
Calle						No. exterior		No. interior	
Colonia								C.P.	
Municipio o delegación		Ciudad o población		Entidad federativa		País (si es distinto a México)		clave lada	Teléfono
Última ocupación			Edad a morir	Fecha de nacimiento	día	mes	año	Lugar de fallecimiento	
¿La muerte ocurrió en un hospital o en un sanatorio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Fecha de ingreso al hospital	día	mes	año	Lugar de fallecimiento		
Fecha en que fue consultado por primera vez acerca de la causa directa e indirecta del fallecimiento			día	mes	año	Fecha en que lo visitó por última vez	día	mes	año
								Tiempo que lo atendió	Tiempo que lo conoció
Datos de la defunción									
Concepto			Especificación de la causa o enfermedad				Tiempo de duración		
Causa o enfermedad que directamente produjo la muerte.									
Causa o enfermedad que dio origen a la que determinó la muerte.									
Otros estados patológicos anteriores, relacionados con la enfermedad principal o básica.									
Otros estados patológicos que no tuvieron relación con la enfermedad principal o básica.									
La defunción fue por causa violencia o accidental. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Lugar donde ocurrió						
Datos del médico									
¿Atendió personalmente al Asegurado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Nombre completo del médico que requisita esta declaración						
Dirección, población y estado de residencia						clave lada		Teléfono	
Registro S.S.A.		Cédula de profesiones			R.F.C.	Letras	año	mes	día
homoclave (si cuenta con ella)									
Datos de otros médicos que lo atendieron									
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						día	Fecha de consulta mes	año	
Domicilio completo						clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						día	Fecha de consulta mes	año	
Domicilio completo						clave lada		Teléfono	
Apellido paterno, Apellido materno, Nombre (s) del médico						día	Fecha de consulta mes	año	
Domicilio completo						clave lada		Teléfono	
Hago constar que la información que estoy proporcionando en este documento, está apegada a la verdad, de acuerdo a los elementos que conozco sobre el caso en cuestión.						En caso contrario, estoy consciente de la falta en que podría incurrir si proporciono datos falsos o incorrectos, así como de las sanciones a las que quedo expuesto.			
Lugar y fecha					Firma del médico				