

DENUNCIA DEL FALLECIMIENTO - INFORME MÉDICO

DATOS DEL ASEGURADO

NOMBRE Y APELLIDO:

DOMICILIO:

Nº:

PISO:

DPTO:

MZA:

BLOCK:

LOTE:

BARRIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

CP:

EDAD:

TALLA:

PESO:

DESCRIPCIÓN DE LA CAUSA DE FALLECIMIENTO

LUGAR Y FECHA
DE FALLECIMIENTO:

¿ERA USTED SU MÉDICO ASISTENTE? SI / NO EN CASO AFIRMATIVO, DESDE QUE FECHA?:

¿CUÁL FUE LA ÚLTIMA
ENFERMEDAD DEL ASEGURADO?

¿CUÁNDO COMENZÓ
A ASISTIRLO DE ESA
ENFERMEDAD?
(precisar detalles)

DE ACUERDO A SÍNTOMAS
E HISTORIA CLÍNICA ¿A QUE
FECHA PODRÍA REMONTARSE
LA ENFERMEDAD?

¿SE REALIZARON
ESTUDIOS, ANÁLISIS,
RX, U OTRAS PRUEBAS
DIAGNÓSTICAS?

¿CUÁL FUE LA
CAUSA INMEDIATA
DE SU MUERTE?

SI EL FALLECIMIENTO FUE
CAUSADO POR ACCIDENTE,
SÍRVASE FACILITAR LOS DETALLES
QUE SON DE SU CONOCIMIENTO:

¿QUÉ OTRAS
ENFERMEDADES DE
IMPORTANCIA PADECÍA
EL EXTINTO?

OBSERVACIONES DEL MÉDICO

DATOS DEL MÉDICO

NOMBRE Y APELLIDO:

MATRÍCULA Nº:

DOMICILIO:

LOCALIDAD:

PROVINCIA:

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO