



RECLAMACION No. \_\_\_\_\_

No 2 DECLARACION DEL MEDICO EXAMINADOR

**COMPROBANTES DE DEFUNCION**  
PRESENTADOS A  
SEGUROS DE OCCIDENTE, S.A.  
GUATEMALA, C.A.

Antes de redactar esta declaración, léanse al dorso de este formulario las instrucciones allí contenidas. Todas las contestaciones deberán hacerse en la letra propia del médico.

1. a. Nombre completo del finado _____ b. Residencia al fallecer _____ c. Ocupaciones: _____	a. _____ b. Calle o Avenida _____ No. _____ Ciudad _____ Prov. o Depto. _____ c. Al fallecer _____ Anteriormente _____
--	--

2. a. Edad del finado al morir _____	b. sexo _____	c. Color o Raza _____
d. Estatura _____	e. Peso aproximado en estado de salud _____	f. Color del pelo _____ g. Color de los ojos _____
h. ¿ Descubrió Ud. señales de identificación en el cadáver? _____ (Si se responde en sentido afirmativo, dense pormenores completos)		

3. Dense aquí los detalles referentes a cada condición por la cual le trató o aconsejó Ud. al finado antes de su última enfermedad con fecha, tiempo de duración y resultado

Naturaleza de la enfermedad	Fecha	Duración	Resultado

4. ¿ Desde cuándo conocía Ud. al finado? \_\_\_\_\_

5. a. ¿ Fecha de defunción? _____	a. _____
b. ¿ Lugar de defunción? _____	b. _____
c. ¿ Si ocurrió en un hospital o institución, dé el nombre _____	c. _____

6. a. ¿ Cual fue la causa inmediata de la muerte? (Véase las instrucciones al dorso)	
b. ¿ Desde cuándo, a su juicio, padecía el finado de esta enfermedad o defecto físico?	
c. ¿ Cuáles fueron las causas contribuyentes de la muerte? indíquese a lo más próximo posible, mediante fechas, el período de duración de cada una.	

Enfermedad o Defecto	Duración

d. Causa de la muerte: _____	d. _____
e. ¿ Había presente en la ocupación, residencia, o sea en las costumbres o los antecedentes personales del finado, alguna causa especial (remota o próxima) por la muerte? (En caso de respuesta afirmativa, indique donde y suminístrense amplios pormenores)	e. _____

7. a. ¿ Cuándo por primera vez fue Ud. consultado por el finado o por cualquier pariente o amigo suyo, relativo a la enfermedad que causo directamente o indirectamente la muerte?	a. Fecha _____
b. ¿ Fecha de su última visita? _____	¿ Por quién? _____

8. ¿ Se llevó a cabo una investigación oficial en cuanto a la causa de la muerte, o fue practicada una autopsia al cadáver del finado? (en caso de contestación afirmativa, especifique por quién y con qué resultado)	
--	--

9. De Ud. los nombres y las direcciones de todos los médicos o practicantes de medicina (fuera de Ud.) que según conocimiento, hayan asistido al finado durante los tres últimos años:

Nombre	Dirección	Enfermedad o Defecto	Fechas de Asistencia

10. ¿De qué otra enfermedad, deformidad, imperfección física o menoscabo de salud había padecido el finado y cuándo?

11. ¿Usaba el finado bebidas espirituosas o drogas narcóticas? (Si la respuesta es afirmativa, contribuyeron de algún modo a la enfermedad mortal?)

12. Indique su número de colegiación.

Fecha en \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

este día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

En la ciudad de \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_\_ días del

mes de \_\_\_\_\_ del año de \_\_\_\_\_ como Notario Público

CERTIFICO: que la firma anterior es auténtica, por haber sido puesta en esta fecha, a mi presencia, por el señor (a)

\_\_\_\_\_ a quien conozco y quien conmigo firma la presente.

(Sello Notarial)

Notario Público

(Este instrumento deberá legalizarse mediante autenticación de la firma ante notario debidamente autorizado)

### INSTRUCCIONES

(Todas las respuestas deberán hacerse en la letra propia del médico)

En consideración a la exactitud de la estadística demográfica, favor de conformarse con la Lista Internacional de las causas de muerte al contestar a la pregunta No. 6 Causas externas (venenos, violencia, etc.)

Si hubo herida, lesión traumatismo o contusión, describáse el accidente. En los casos de suicidio u homicidio, especifíquese el medio empleado.

En los casos quirúrgicos, indíquese el carácter de la operación practicada, así como la enfermedad, estado o condición exigiendo tal procedimiento. Tratándose de las mujeres, deberán señalarse los estados puerperales. Tratándose de neoplasmas, dense el tipo y la región implicada. Sirvase evitar los términos indefinidos. Describáse minuciosamente cualesquiera aspectos anormales.

Donde no basten los espacios al respaldo de este formulario, deben darse a continuación todos los pormenores convenientes.