

DECLARACION 2

CAUSAS 1 ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIRECTAMENTE PRODUJO LA MUERTE / INVALIDEZ / PÉRDIDA ORGÁNICA a)	TIEMPO QUE EN SU OPINIÓN ESTUVO SUFRIENDO DE LA AFECCIÓN QUE LE CAUSÓ LA MUERTE / INVALIDEZ / PÉRDIDA ORGÁNICA
ENFERMEDAD U OTRA CAUSA QUE DIÓ ORIGEN A LA QUE DETERMINÓ LA MUERTE / INVALIDEZ b)	
OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS ANTERIORES RELACIONADOS CON LA ENFERMEDAD QUE PRODUJO LA MUERTE / INVALIDEZ / PÉRDIDA ORGÁNICA c)	
II OTROS ESTADOS PATOLÓGICOS QUE NO TUVIERON RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PRINCIPAL O BÁSICA.	
13.- EN CASO DE DEFUNCIÓN/ INVALIDEZ/ PÉRDIDA ORGÁNICA POR CAUSAS VIOLENTAS O ACCIDENTALES, SIRVANSE INFORMAR LA CAUSA Y QUE AUTORIDAD TOMO CONOCIMIENTO	
14.- LUGAR, FECHA Y HORA EN QUE OCURRIÓ EL ACCIDENTE	
15.- HUBO EN EL SINIESTRO EFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS, CAUSADOS ESPECIALMENTE POR EL USO DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, POR SU OCUPACIÓN O POR EL LUGAR DE RESIDENCIA.	
NOMBRE COMPLETO DEL MÉDICO TELÉFONO	
DOMICILIO COMPLETO (CIUDAD Y ESTADO)	
TÍTULO No. CEDULA No.	
OTROS MÉDICOS QUE LO ATENDIERON	
NOMBRE COMPLETO TELÉFONO	
DOMICILIO COMPLETO (CIUDAD Y ESTADO)	
TÍTULO No. CEDULA No.	
FECHA DO EN EL DIA DE	
DATOS ADICIONALES	
FIRMA	