

(Nota: no se aceptarán certificados de muerte en vez de este formulario, a menos que la causa de muerte declarada se adecue a la Lista Internacional de Causas de Muerte.)

**Knights of Columbus**  
Oficina Suprema

Parte 2  
Declaración del Médico

**Prueba de Muerte**

(Usar el dorso si se necesita espacio adicional)

Para agilizar el reclamo, agregue el código postal a todas las direcciones

Nota: La certificación médica sigue las recomendaciones de la Asamblea Mundial de la Salud realizada en Ginebra el 24 de julio de 1948.

Ha sido aceptada por todos los Estados de este país y de Canadá.

A fin de tener estadísticas vitales precisas, por favor recurra a la Lista Internacional de Causas de Muerte.

Nombre completo del fallecido	Fecha de muerte
Domicilio al morir	Lugar de muerte (si es un hospital o institución, indicar el nombre)
Edad al morir, o fecha de nacimiento	

Causa de muerte (ingresar una sola causa para cada caso: a, b y c) Enfermedad o condición que condujo directamente a la muerte: (Esto no significa la forma de morir, como falla del corazón, astenia, etc. Significa la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte.) (a)	Intervalo entre comienzo y la muerte (a)
Causas previas. (Condiciones mórbidas, si las hubiera, que producen la causa anterior (a) indicando la causa subyacente en último lugar.) Debido a (b) Debido a (c)	(b) (c)
Otras condiciones significativas: (Que contribuyen a la muerte pero que no están relacionadas con la enfermedad o condición que causó la muerte.)	

Fecha de la Primera Atención en la Última Enfermedad	Fecha de la Última Atención en la Última Enfermedad
Si la muerte fue debida a un accidente, suicidio u homicidio, especifique cual. Describa brevemente.	¿Se realizó una investigación?      Sí      No ¿Se realizó una autopsia?            Sí      No En caso afirmativo, ¿quién lo hizo y qué se encontró?

¿Ha tratado o asesorado al fallecido durante los últimos 5 años, antes de la última enfermedad?      Sí      No

Según su conocimiento, ¿recibió el fallecido tratamiento durante los últimos 5 años de algún otro médico?      Sí      No

Si contestó afirmativamente alguna de las dos respuestas, por favor provea la siguiente información:

Nombre                                  Dirección                                  Naturaleza de la Enfermedad o Lesión                                  Fechas

ESTAS DECLARACIONES SON VERACES Y COMPLETAS SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

\_\_\_\_\_ M.D.

(Firma)

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ (Dirección)

Para preguntas adicionales por favor contacte a nuestro Departamento de Servicio al Cliente.

1 Columbus Plaza, New Haven, CT 06510-3326, USA

Teléfono gratuito de Servicio al Cliente 001-877-339-2005

Fax gratuito de Servicio al Cliente 001-877-339-1905

Correo electrónico de Servicio al Cliente: oficina.suprema@KofC.org