

Preguntas al Familiar en Casos de Muertes Naturales no Recibidos en el ICF

Nombre del Fallecido: _____

Número Interno: _____

Nombre del Familiar: _____

Parentesco: _____

Teléfono: _____

Nombre Funeraria: _____

Teléfono: _____

Historial médico (enfermedades):

Medicamentos: Sí No (si es afirmativo, favor de indicar los nombres)

Trauma (caídas, accidentes): Sí No (si es afirmativo, favor de explicar)

Vicios: Sí No (si es afirmativo, favor de explicar)

Encamado: Sí No (si es afirmativo, favor de explicar)

Circunstancias de muerte: (¿Cómo se encontraba el fallecido los últimos días?, ¿Qué ocurrió el día del fallecimiento?)

¿Le tomaron prueba Covid? Sí No (Si es afirmativo: ¿Dónde y Cuándo?, ¿Cuál fue el resultado?)

Firma del familiar: _____

Fecha: _____