

**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: \_\_\_\_\_