

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

Nombre del Fallecido: \_\_\_\_\_

Número Interno: \_\_\_\_\_

Nombre del Familiar: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Teléfono Familiar: \_\_\_\_\_

Nombre Funeraria: \_\_\_\_\_

Teléfono Funeraria: \_\_\_\_\_

**Historial médico (enfermedades, cirugías o procedimientos recientes):** (si padecía de convulsiones o epilepsia, favor de detallar si fue debido a un trauma o no)

---

---

---

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

---

---

---

**Trauma (caídas, accidentes):** ☐ Sí ☐ No (si es afirmativo, favor de explicar detalles y si recuperó)

---

---

---

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

---

---

---

**Encamado:** ☐ Sí ☐ No (si es afirmativo, favor de explicar la razón/condición específica)

---

---

---

**Circunstancias de muerte:** (¿Cómo se encontraba el fallecido los últimos días?, ¿Qué ocurrió el día del fallecimiento? Si fue llevado al hospital, ¿cuál fue la razón?)

---

---

---

---

---

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

---

---

Firma del familiar: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_