

FECHA

ESTABLECIMIENTO / PROFESIONAL

TELEFONO DIRECTO

CELULAR

CORREO ELECTRONICO

DIRECTOR MEDICO

FECHA DE OCURRENCIA

N° DE POLIZA

VIGENCIA

DESCRIPCION DEL HECHO

NOMBRE DEL PACIENTE

EDAD

SEXO

DOMICILIO

OCUPACION

DIAGNOSTICO

REALICE UNA BREVE DESCRIPCION DE LO OCURRIDO (NATURALEZA DE LOS DAÑOS Y/O LESIONES Y SUS SECUELAS)

ESPECIALIDAD/ES INVOLUCRADAS Y NOMBRE DE LOS PROFESIONALES INTERVINIENTES:

1)

2)

3)

4)

TESTIGOS, SI LOS HUBIERA:

NOMBRE Y APELLIDO

DOMICILIO

COBERTURA DE SEGUROS DE LOS PROFESIONALES: (SI / NO / COMPAÑÍA)

1)

2)

3)

4)

REACCION DEL PACIENTE/FAMILIAR: BUENA MALA INDIFERENTE AGRESIVA

SE RECIBIÓ ALGUNA NOTA DE QUEJA O ALGUNA SOLICITUD DE REPARACIÓN DEL DAÑO? SI NO DETALLAR: _____

INFORMACION JUDICIAL

HAY SECUESTROS DE HC?

SI NO

JUZGADO:

HAY CAUSA PENAL?

SI NO

JUZGADO:

HAY MEDIDAS PRELIMINARES?

SI NO

JUZGADO:

ESPACIO RESERVADO PARA PRUDENCIA SEGUROS

EVALUACION DE LOS HECHOS

OPINION SOBRE EL RESULTADO

IMPORTANTE

Requerimos la remisión de los antecedentes documentales que obren en su poder con relación a la atención brindada por al asegurado, fecha de ingreso y egreso del mismo, causa de esta última y circunstancias producidas durante su internación. Hasta tanto se cuente con la información complementaria solicitada, no correrá el plazo para que esta Compañía se expida sobre su eventual responsabilidad (art. 56 de la ley 17418).

REV. 3

