

Fecha:.....

INFORME DEL INCIDENTE

Establecimiento/Profesional:.....

Tel Directo:..... Tel Celular:.....

E-mail:.....

Director Médico..... Fecha Ocurrencia:.....

N° de Póliza..... Vigencia:.....

DESCRIPCION DEL HECHO

Nombre del Paciente:..... Edad:..... Sexo:.....

Domicilio:..... Ocupación:.....

Diagnóstico:.....

Realice una breve descripción 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, apellido y domicilio).....

Cobertura de seguros de los profesionales (si/no/compañía)

1)..... 2).....

3)..... 4).....

Reacción 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

Evaluación de los hechos:.....

Opinión sobre el resultado:.....

Importante: Requerimos la emisión de los antecedentes documentales que obren en su poder con relación a la atención brindada al paciente, 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).