

REACCION DEL PACIENTE / FAMILIAR: BUENA / MALA / INDIFERENTE / AGRESIVA		
NOMBRE, APELLIDO Y TELEFONO DEL ABOGADO DEL PACIENTE (O DE SU FAMILIAR):		
¿SE RECIBIO ALGUNA QUEJA -VERBAL O POR NOTA-, ALGUN PEDIDO DE DOCUMENTACIÓN O ALGUNA SOLICITUD DE REPARACION DEL DAÑO?: SI / NO (detallar):		
USTED TIENE CONTRATADO OTRA PÓLIZA DE MALA PRAXIS CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA: SI / NO . INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:		
SUMA ASEGURADA CONTRATADA:		
INFORMACION JUDICIAL:		
¿HAY SECUESTRO de HC?: SI / NO	JUZGADO:	Nº Expte:
¿HAY CAUSA PENAL?: SI / NO	FISCALIA/JUZGADO:	Nº: Expte:
¿OTRAS MEDIDAS PRELIMINARES?: SI / NO	JUZGADO:	Nº Expte:
INDIQUE CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN ADICIONAL QUE RESULTE DE INTERES:		

IMPORTANTE: Recuerde remitirnos de inmediato toda la documentación medica y judicial que pueda estar relacionada con este caso: Historia Clínica del paciente / imágenes/,ETC.-