

3) NOMBRE COMPLETO:		ESPECIALIDAD:	
Nº MATRICULA PROFESIONAL VIGENTE AL MOMENTO DEL HECHO:		TEL:	
¿ESTA DEMANDADO? SI / NO En su caso: ¿HA SIDO NOTIFICADO? SI / NO			
COMPAÑÍA QUE LO ASEGURA:		SUMA ASEGURADA:	
4) NOMBRE COMPLETO:		ESPECIALIDAD:	
Nº MATRICULA PROFESIONAL VIGENTE AL MOMENTO DEL HECHO:		TEL:	
¿ESTA DEMANDADO? SI / NO En su caso: ¿HA SIDO NOTIFICADO? SI / NO			
COMPAÑÍA QUE LO ASEGURA:		SUMA ASEGURADA:	
REACCION DEL PACIENTE / FAMILIAR: BUENA / MALA / INDIFERENTE / AGRESIVA:			
NOMBRE, APELLIDO Y TELEFONO DEL ABOGADO DEL PACIENTE (O DE SU FAMILIAR):			
¿FUE COMUNICADO DE UNA QUEJA – verbal o escrita-, DEMANDA CIVIL, ALGUN PEDIDO DE DOCUMENTACIÓN O ALGUNA SOLICITUD DE REPARACION?:			
SI / NO (detallar objeto, fecha del reclamo, monto, etc):			
USTED TIENE CONTRATADO OTRA PÓLIZA DE RESPONSABILIDAD MEDICA CON OTRA COMPAÑÍA ASEGURADORA: SI / NO . INDIQUE EL NOMBRE DE LA COMPAÑÍA:			
SUMA ASEGURADA CONTRATADA:			
INFORMACION JUDICIAL ADICIONAL:			
¿HAY SECUESTRO de HISTORIA CLINICA?: SI / NO			
JUZGADO:	Nº Expte:	Fecha del secuestro:	
¿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:			
<p>IMPORTANTE: Recuerde remitirnos de inmediato toda la documentación medica y judicial que pueda estar relacionada con este caso: Historias Clínicas del paciente (AMBULATORIAS Y DE INTERNACION), resultados de otros Estudios médicos / laboratorio / imágenes/, notificaciones u oficios judiciales, INFORME DE AUTOPSIA, INFORMES PERICIALES, ETC.-</p>			