

INSTITUCION EN LA QUE ATENDIÓ (NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO):	
¿ESTA DEMANDADO? SI / NO En su caso: ¿HA SIDO NOTIFICADO?	
COMPañÍA QUE LO ASEGURA:	SUMA ASEGURADA:
3) NOMBRE COMPLETO: ESPECIALIDAD:	
INSTITUCION EN LA QUE ATENDIÓ (NOMBRE, DIRECCION Y TELEFONO):	
¿ESTA DEMANDADO? SI / NO En su caso: ¿HA SIDO NOTIFICADO?	
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>	