

DENUNCIA DE SINIESTRO POR CAUSAS DE MALA PRAXIS
Responsabilidad Profesional Médica Institucional



- 1.- Póliza N°: _____ (si es renovación de anteriores, indicar números y vigencias): _____
- 2.- Asegurado: _____
- 3.- Vigencia de la cobertura: desde _____ hasta: _____
- 4.- Fecha de inicio de la retroactividad: _____
- 5.- Período de extensión de denuncias: _____
- 6.- Fecha de recepción del reclamo fehaciente por escrito: _____
- 7.- Fecha de prestación del acto médico que puede dar lugar a un reclamo: _____
- 8- Hechos, fundamentos y derecho sobre los que a su juicio se basa el reclamo en su contra: _____

En caso de no alcanzar este espacio, favor de utilizar hoja aparte con membrete, firma y sello de la persona y/o Institución a nombre de quien se efectúa esta denuncia)

- 9.- Hay demanda judicial? Si: _____ No: _____
- 10.- Fue notificada? Si: _____ No: _____ En qué fecha?: _____ / _____ / _____
- Acompaña copia de la demanda: Si: _____ No: _____
- Hay documentación clínica incorporada a la demanda: Si: _____ No: _____
- 11.: Hay proceso pena contra algún médico y/ o auxiliar del Establecimiento Asegurado: Sí: _____ No: _____

Por favor, indicar dónde se halla radicado, N° de la causa, nombre o carátula de la misma: _____

12.: Favor de indicar cómo tomó conocimiento de la existencia de la misma:
 (p.ej: citación, secuestro historia clínica, etc.) _____

13.- Especialidades involucradas: Por favor, indique cuáles son las especialidades y/o servicios que a su juicio se hallan involucradas en este siniestro.

Cirugía General	<input type="checkbox"/>	Anestesiología	<input type="checkbox"/>
Obstetricia	<input type="checkbox"/>	Ginecología	<input type="checkbox"/>
Perinatología	<input type="checkbox"/>	Neonatología	<input type="checkbox"/>
Pediatría	<input type="checkbox"/>	Traumatología y Ortopedia	<input type="checkbox"/>
Neurocirugía	<input type="checkbox"/>	Cirugía Cardiovascular	<input type="checkbox"/>
Clínica Médica	<input type="checkbox"/>	Cardiología	<input type="checkbox"/>
Cirugía Plástica	<input type="checkbox"/>	Oftalmología	<input type="checkbox"/>

Otra (s): _____

En caso de corresponder a Odontología, Farmacia, Bioquímica o Prácticas obstétricas, por favor indicar el tipo de práctica: _____

Cuál sería a su juicio el Motivo principal del reclamo: _____

Cuál sería a su juicio la fecha aproximada del Acto Médico bajo juzgamiento: _____ / _____ / _____

Cuál sería a su juicio la fecha aproximada de la manifestación del daño alegado: _____ / _____ / _____

LA RECEPCION POR PARTE DE TPC DEL PRESENTE FORMULARIO DE DENUNCIA DE SINIESTRO NO IMPLICA MODIFICAR, ALTERAR O INTRODUCIR CAMBIOS EN LAS CONDICIONES DE LA PÓLIZA ARRIBA INDICADA, CUYAS CONDICIONES, ALCANCES, EXCLUSIONES Y LIMITES SUBSISTEN EN TODAS SUS PARTES.

Fecha en que se completa este formulario: _____ / _____ / _____

Firma: _____ Aclaración: _____

Carácter: _____

Correo electrónico: _____

(Administrador, Director Médico, Jefe de Servicio, Asesor Letrado)