

ESTE FORMULARIO ES PARA SER UTILIZADO ANTE UN HECHO QUE PRODUZCA UN DAÑO ACTUAL O FUTURO EN UN PACIENTE O UN ACOMPAÑANTE. POR FAVOR COMPLETE EL FORMULARIO Y REMÍTALO VIA FAX AL (011) 4876-5320

Fecha del informe: ___ / ___ / ___

1.- Asegurado: _____

2.- Póliza afectada: N° _____ Vigencia: _____

3.- **Persona Afectada:**

Apellido: _____ Nombre: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Habitación/Sala: _____

Causa de Internación: _____

4.- **Situación del paciente antes del incidente:**

Normal: _____

Senil: _____

Desorientado: _____

Sedado: _____

Otros: _____

Información confidencial del incidente:

Lugar exacto del incidente: _____ Fecha del incidente: ___ / ___ / ___

Hora del incidente: Mañana: _____ Tarde: _____ Noche: _____

Descripción del incidente (describir exactamente lo que ocurrió): _____

5.- Declaraciones / manifestaciones hechas por la persona afectada o sus parientes (si es posible, indicar citas de sus manifestaciones, notas de horas, y a quién se las realizó): _____

Testigos o personas conocedoras del incidente:

Nombre: _____ Dirección: _____

Nombre: _____ Dirección: _____

Nombre: _____ Dirección: _____

Médico involucrado: _____

6.- Declaración del médico tratante: _____

Comentarios adicionales: _____

Para una mejor comprensión damos algunos ejemplos de incidentes frecuentes:

- ▶ Pedido de reembolso de honorarios por insatisfacción con el resultado.
- ▶ Complicación esperada o inesperada y el paciente o sus parientes expresan insatisfacción u hostilidad.
- ▶ Complicación y el paciente no fue informado previamente o suficientemente alertado de esta posibilidad.
- ▶ Daño cerebral recién nacido.
- ▶ Parto distócico.
- ▶ Distocia de hombros.
- ▶ Reinternación dentro de las 24 o 48 de externación de paciente quirúrgico o post parto normal o por cesárea.
- ▶ Reinternación con infección luego de acto quirúrgico.
- ▶ Perforación de víscera en acto quirúrgico advertida e informada al paciente.
- ▶ Caída de la cama.
- ▶ Quemaduras por bolsa de agua caliente o electro bisturí.
- ▶ Infecciones que se manifiestan durante la internación.
- ▶ Falla o retardo de diagnóstico que hubieren demorado inicio de tratamiento.
- ▶ Falla en el informe de determinaciones serológicas o tests en general.
- ▶ Producción de un daño evitable.
- ▶ Pedido de Historia Clínica por el paciente u otra persona. (pariente, abogado, médico, médico legista, juez, etc.).

7.- Persona que completa este formulario: _____

8.- Firma y aclaración: _____

9.- Correo electrónico: _____

PREPARE FOTOCOPIA DE LA HISTORIA CLINICA COMPLETA Y LEGIBLE Y/O PARTE QUIRÚRGICO y AGUARDE INSTRUCCIONES EN CASO DE DUDA CONSULTE CON EL 0-800-2222-872 ó CON EL CELULAR 15-4-163-8832, O CON EL TELÉFONO DE LÍNEA (011) 4876-5300