

PLANILLA DE RECOLECCIÓN DE DATOS POR CAUSAS DE MALA PRAXIS
Responsabilidad Profesional Médica



1. Fuero: Civil _____ Correccional _____ Criminal _____

2. Estado procesal actual: _____

3. Carátula completa: _____

4. Año de Iniciación: _____

5. Especialidades involucradas:

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): _____

6. Motivo principal del reclamo: _____

7. Monto de la demanda: \$ _____

8. Monto de la condena: \$ _____

Capital: \$ _____ Intereses: \$ _____ Costas: \$ _____

9. Hubo citada en garantía: SI () NO ()

Quién? _____

11. Consideraciones acerca del resultado que se espera y su fundamentación: _____

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

Firma: _____

Aclaración: _____

Carácter: _____

(Administrador, Director Médico, Asesor Letrado)

Email: _____