

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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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**