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

TPC
COMPAÑIA DE SEGUROS

1. Fuero: Civil_____ Correccional_____ Criminal_____
2. Estado procesal actual:_____
3. Carátula completa:_____
_____
4. Año de Iniciación:_____
5. Especialidades involucradas:

Cirugía General	☐	Anestesiología	☐
Obstetricia	☐	Ginecología	☐
Perinatología	☐	Neonatología	☐
Pediatría	☐	Traumatología y Ortopedia	☐
Neurocirugía	☐	Cirugía Cardiovascular	☐
Clínica Médica	☐	Cardiología	☐
Cirugía Plástica	☐	Oftalmología	☐

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:_____