

AVISO DE RECLAMO PARA HOSPITALES, CIRUGÍA Y MATERNIDAD

1.- PARA SER CONTESTADO POR EL BENEFICIARIO TITULAR

Empresa contratante del servicio: _____
 Nombre del beneficiario titular: _____ Cédula identidad: _____
 Nombre del beneficiario: _____ Parentesco: _____

2.- PARA SER CONTESTADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico tratante: _____ Especialidad: _____
 Motivo de la consulta: _____
 Enfermedad actual: _____
 Antecedentes de importancia: _____
 Diagnóstico de egreso: _____
 Plan de manejo: _____
 Tratamiento médico: _____
 Lugar de atención médica: _____
 Fecha de Atención: _____

3.- HOSPITALIZACIÓN:

Médico tratante: _____ Especialidad: _____
 Clínica u hospital de atención: _____
 Del acto quirúrgico: Fecha de la intervención: _____ Tiempo de duración: _____ hrs.
 Tipo de intervención: Electiva ☐ Cirugía mayor ☐ Cirugía correctora de efecto congénito ☐
 Emergencia ☐ Cirugía menor ☐ Cirugía correctora de efecto adquirido ☐
 Descripción del acto quirúrgico realizado: _____
 Si existió alguna causa que complicara la evolución del paciente, descríbala: _____

PATOLOGÍA

Descripción resultado de anatomía patológica (imprescindible anexar copia): _____
 Nombre del patólogo: _____ Fecha de informe del patólogo: _____

MATERNIDAD (PARTO)

Fecha de parto: _____ Sexo: _____ Tipo de parto: ☐ Normal ☐ Cesárea
 Antecedentes: _____
 Si hubo complicaciones en el parto o puerperio, descríbalas: _____

Firma del médico tratante: _____ Cod. Colegio de médicos: _____

4.- DETALLE DE HONORARIOS Y ATENCIÓN MEDICA

Consulta Medica: _____
 Medicamentos: _____
 Laboratorio: _____
 Cirugía: _____
 Otros Procedimientos: _____
 Total: _____

 FIRMA DE CONFORMIDAD
 (EMPLEADO / TITULAR)