

**FORMULARIO UNICO DE RECLAMACION POR PROTECCIÓN EN LOS SERVICIOS DE SALUD
SERVICIO PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRÁNSITO**

1. DATOS DEL SERVICIO DE SALUD

Nombre del Prestador de Salud		
Código del Servicio de Salud	No. Trámite	
Dirección: Ciudad - provincia, cantón parroquia	Correo electrónico	Teléfonos

2. DATOS DEL ACCIDENTE DE TRÁNSITO

2.1 Información del Accidentado

Primer apellido	Segundo apellido	Nombres	C.C. o PASAPORTE	Sexo
Dirección de domicilio (registrar calles completas no solo sector)		Ciudad	Teléfono	
Fecha de Nacimiento:	Edad	Condición del Accidentado:	Ocupante	Peatón

2.2 Identificación del Accidente Tránsito

Calles en donde ocurrió el accidente de tránsito	Año	Mes	Día	Hora
Provincia	Cantón	Parroquia	Barrio	
Informe del Accidente de tránsito (Relato breve de los hechos)				

2.3 Información del Vehículo

Vehículo Identificado	<input type="checkbox"/>	PLACA DEL VEHÍCULO :	<input type="text"/>
Vehículo No Identificado	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	
INFORME POR QUÉ MEDIO DE MOVILIZACIÓN LLEGÓ EL PACIENTE AL SERVICIO DE SALUD			

3. DATOS SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA POR PROTECCIÓN SPPAT

3.1 En el Servicio de Salud

Fecha de Ingreso	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Día	<input type="text"/> Hora	Historia Clínica No.	
Fecha de Egreso	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Día	AMBULATORIO	<input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/> No de días estadía

Diagnóstico de Ingreso: _____

Diagnóstico de Egreso (CIE 10): _____

3.2 Referencia

Paciente Referido de:	<input type="text"/>	Nombre del Servicio de Salud	Ciudad	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Día
Paciente Referido a:	<input type="text"/>	Nombre del Servicio de Salud	Ciudad	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Día

4. DATOS SOBRE EL FALLECIMIENTO (si aplica el caso)

Causas de la Muerte: BÁSICA	<input type="text"/>	DIRECTA	<input type="text"/>			
Fecha de la Muerte	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Mes	<input type="text"/> Día	<input type="text"/> Hora	Código del Médico	<input type="text"/>
Apellidos y Nombres del Médico que firmó el Certificado de Defunción						

5. DECLARACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD

En representación del Servicio de Salud de la referencia, declaro para fines legales, que la información diligenciada en este documento es cierta y puede ser verificada en base a la ley y normativas por el SERVICIO PÚBLICO PARA PAGO DE ACCIDENTES DE TRANSITO (SPPAT)