



**FORMULARIO DE RECLAMO
MEDIACION POR DAÑOS EN SALUD
(Ley 19.966)**

Timbre de recepción en oficina CDE

COMPLETE LOS DATOS CON LETRA IMPRENTA. LOS CAMPOS CON * SON OBLIGATORIOS

I.- Antecedentes de la persona interesada en solucionar el conflicto

(*) Nombres

(*) Apellido paterno

(*) Apellido materno

(*) Nacionalidad

(*) RUT/Pasaporte

(*) Sexo

Masculino

Femenino

(*) Fecha de nacimiento

 / /

(*) Actividad, Profesión u Oficio

(*) Último año cursado en el sistema educacional

(*) Domicilio: Calle

Villa/Población (*) Nº

Block

Departamento

(*) Región

(*) Comuna

Correo electrónico

Teléfono domicilio

Teléfono trabajo

(*) Teléfono móvil

¿Se ha iniciado juicio por estos hechos?

Sí No

¿Es usted el/la paciente dañado/a?

Sí No

¿Usted tiene un(a) representante?

Sí No

II.- Antecedentes del Representante (persona que actúa a nombre del interesado)

(*) Nombres

(*) Apellido paterno

(*) Apellido materno

(*) Nacionalidad

(*) RUT/Pasaporte

(*) Sexo

Masculino

Femenino

(*) Fecha de nacimiento

 / /

(*) Actividad, Profesión u Oficio

(*) Último año cursado en el sistema educacional

(*) Domicilio: Calle

Villa/Población (*) N°

Block

Departamento

(*) Región

(*) Comuna

Correo electrónico

Teléfono domicilio

Teléfono trabajo

(*) Teléfono móvil

III.- Antecedentes de la persona dañada (paciente)

(*) Nombres

(*) Apellido paterno

(*) Apellido materno

(*) Nacionalidad

(*) RUT/Pasaporte

(*) Sexo

Masculino

Femenino

(*) Fecha de nacimiento

(*) Actividad, Profesión u Oficio

(*) Último año cursado en el sistema educacional

(*) Domicilio: Calle

Villa/Población (*) N°

Block

Departamento

(*) Región

(*) Comuna

Correo electrónico

Teléfono domicilio

Teléfono trabajo

(*) Teléfono móvil

IV INFORMACION DEL RECLAMO

(*) De la siguiente lista elija el **motivo** de su reclamo

Atención no otorgada

Diagnóstico tardío

Atención Tardía

Negligencia

Diagnóstico erróneo

Otro

¿Cuál?

Nombre del personal contra quién reclama

¿Existe más personal involucrado?

Sí

No

V.- Autorización

Por este acto, según lo dispuesto en la Ley N° 19.628 sobre Protección de la Vida Privada, autorizo expresamente a la Unidad de Mediación del Consejo de Defensa del Estado para tratar los datos personales y/o sensibles aportados en esta solicitud de mediación, únicamente con fines de procesamiento del reclamo, de estudio y/o estadísticos, reservándose siempre la identidad del titular en éstos últimos dos casos.



Recuerde señalar un correo electrónico y/o número de teléfono donde pueda ser ubicado, no hacerlo podría dificultar la tramitación de su solicitud.

FIRMA
RECLAMANTE O REPRESENTANTE