



**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 (\*) N°

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?

**(\*) Explique brevemente el motivo de su reclamo**

**(\*) ¿Qué espera lograr en la mediación?**

**¿Cuántos afectados existen por este mismo hecho?**

**(\*) Fecha de ocurrido los hechos**

**(\*) Prestaciones médicas involucradas**

- Consulta especialidad
- Consulta médica
- Exámenes
- Intervención Quirúrgica

- Consulta de otro Profesional
- Parto
- Entrega de medicamentos
- Otros

¿Cuál?

**(\*) Daños sufridos por el/la paciente**

- Daño psicológico
- Gastos provocados por el daño
- Invalidez parcial

- Invalidez total
- Muerte
- Pérdida de ingresos
- Otros

¿Cuál?

**Otros antecedentes:** agregue cualquier otro antecedente que considere relevante para el reclamo

**IV.- Antecedentes del prestador de salud contra el cual usted reclama.**

De haber más de un prestador indíquelo en "Otros antecedentes"

(\*) Región

(\*) Comuna

(\*) Tipo de establecimiento

(\*) Nombre del establecimiento de Salud

**Tipo de personal de salud contra quien reclama**

- Anestesista
- Auxiliar
- Médico

- Paramédico
- Personal no médico
- Otro

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