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

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: _____

TPC COMPAÑÍA DE SEGUROS S.A.
Corrientes 330, 6º - C1043AAQ - Buenos Aires, Argentina
Tel. (54.11) 4876.5300 - Fax. (54.11) 4876.5320 - info@tpcseguros.com
www.tpcseguros.com

CUIT: 30-70801747-3
II.BB. - CONV. MULT. : 901-063340-7
NRO. CIA. SSN: 741

Buscanos en
/TPCSeguros