

Intendencia de Prestadores de Salud

FORMULARIO DE RECLAMO CONTRA PRESTADORES INSTITUCIONALES DE SALUD

Ley N° 20.584

Regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud

(*) Campos obligatorios

Antes de presentar su Reclamo en la Superintendencia de Salud, debe reclamar primero ante el prestador involucrado.

Fecha del reclamo: _____

N° de Ingreso del Reclamo o Rol: _____ (Asignado por Oficina de Partes)

IDENTIFICACIÓN DEL RECLAMANTE

Nombres (*)			
Apellido Paterno (*)		Apellido Materno (*)	
Cédula de identidad (*)		Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Edad	
Nacionalidad		Estado Civil	
Profesión u oficio		Teléfono particular	
Teléfono laboral		Teléfono celular	
Domicilio: Calle o Av. (*)			
Comuna (*)		Ciudad (*)	
Región (*)		Correo electrónico	

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

(Completar en caso que los datos sean diferentes al del reclamante)

Nombres			
Apellido Paterno		Apellido Materno	
Cédula de identidad		Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Edad	
Relación con el reclamante (1)			

Nota 1: La Ley permite que sólo en ciertos derechos el reclamante sea diferente al paciente.

IDENTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE O MANDATARIO

(Completar sólo si es diferente al reclamante, adjuntar mandato firmado ante notario en que conste poder otorgado por el Reclamante en caso que corresponda)

Nombres (*)			
Apellido Paterno (*)		Apellido Materno (*)	
Cédula de identidad (*)		Sexo	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Fecha de Nacimiento		Edad	
Nacionalidad		Estado Civil	
Profesión u oficio		Teléfono particular	
Teléfono laboral		Teléfono celular	
Domicilio: Calle o Av. (*)			
Comuna (*)		Ciudad (*)	
Región (*)		Correo electrónico	

IDENTIFICACIÓN DEL PRESTADOR INSTITUCIONAL RECLAMADO

Nombre	
Dirección	
Unidad (2)	

Nota2: Dependencia del prestador donde ocurrió el hecho por el cual reclama

DATOS DEL HECHO

(Usar letra clara y legible)

Fecha en que ocurrió el hecho	
-------------------------------	--

Descripción de la situación por la que reclama

(Si le falta espacio para describir la situación, utilice el reverso o cualquier hoja anexa)

PETICIÓN CONCRETA

(Sea claro y preciso en indicar las PETICIONES. Formule todas ellas al reclamar. Si le falta espacio utilice el reverso o cualquier hoja anexa)

DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN COMO PRUEBA DE LOS HECHOS

(Si le falta espacio utilice el reverso o cualquier hoja anexa)

Nombre del documento	Nº de hojas
1.	
2.	
3.	

IMPORTANTE

1. Para la correcta tramitación, este formulario debe ser FIRMADO y entregado en la Oficina de Partes de la Superintendencia de Salud en Santiago o en la Agencia Regional respectiva. Además, debe adjuntar a este formulario fotocopia de su Cédula de Identidad por ambos lados.
2. Para el caso que el reclamante prefiera una mediación para solucionar su problema con el Prestador Institucional, deberá llenar y firmar el "Formulario Solicitud de Mediación" y presentarlo ante la Superintendencia de Salud o en la Agencia Regional respectiva.

FIRMA RECLAMANTE O REPRESENTANTE

¿PRESENTÓ PREVIAMENTE EL RECLAMO ANTE EL PRESTADOR CONTRA EL CUAL RECLAMA?

SI	Debe acompañar copia del reclamo y respuesta del prestador institucional, si es que la hubo.
NO	Deberá reclamar primero ante el prestador institucional involucrado. La Ley exige que reclame previamente ante el prestador contra el cual reclama.

Continuación de DATOS DEL HECHO

(Usar letra clara y legible)

Continuación de PETICIÓN CONCRETA

(Sea claro y preciso en indicar las PETICIONES. Formule todas ellas al reclamar)

Continuación de DOCUMENTOS QUE SE ACOMPAÑAN COMO PRUEBA DE LOS HECHOS

Nombre del documento	Nº de hojas
4	
5	
6	
7	
8	
9	