

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

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 la persona dañada?

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? :





**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 estudio y/o estadísticos.



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

**Fecha**

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

-----  
**Firma**

**Reclamante o Representante**