



# FORMATO DE RECLAMACIÓN PARA GARANTÍA CONFIDENCE GVI

INFORMACIÓN DEL PACIENTE RECLAMANTE			
Nombre y Apellidos:			
Dirección:			
Ciudad, País:			
Teléfono:		Fecha de elaboración:	
Nombre del médico que colocó el implante:		Nombre del médico que extrajo el implante:	
Fecha de nacimiento:		Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	
Fecha de colocación del implante:		Fecha de extracción del implante:	

ESTUDIOS ANEXOS INDISPENSABLES		
Certificado de Garantía <input type="checkbox"/>	Ultrasonido mamario <input type="checkbox"/>	Interpretación del gabinete de Imagen <input type="checkbox"/>
Diagnostico por escrito del médico <input type="checkbox"/>	Cotización del cirujano plástico <input type="checkbox"/>	Cotización del hospital <input type="checkbox"/>
Fecha cuando se notó el evento por primera vez:		
¿Se requirió tratamiento? (Especifique):		

INFORMACIÓN DEL PRODUCTO (Marque la casilla para indicar cual lado se vio afectado por el evento)		
Lado izquierdo - N° de catálogo:	Izquierdo: <input type="checkbox"/>	Lado izquierdo - N° de serie / lote:
Lado derecho - N° de catálogo:	Derecho: <input type="checkbox"/>	Lado derecho - N° de serie / lote:

SÓLO PARA LLENADO POR GVI (áreas sombreadas)	
<b>INFORMACIÓN DEL REEMPLAZO</b>	
<input type="checkbox"/> Lado izquierdo - N° de catálogo:	<input type="checkbox"/> Lado derecho - N° de catálogo:
Lado izquierdo - N° de serie / lote:	Lado derecho - N° de serie / lote:

ESTADO DEL DISPOSITIVO				
¿Se devolvió el dispositivo?	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	¿Hizo el dispositivo contacto con el paciente?	SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tipo de cirugía:	Aumento <input type="checkbox"/>	Revisión <input type="checkbox"/>	Reconstrucción <input type="checkbox"/>	No se sabe <input type="checkbox"/>
Colocación:	Subglandular <input type="checkbox"/>	Submuscular <input type="checkbox"/>	Subcutánea <input type="checkbox"/>	No se sabe <input type="checkbox"/>
Firma del paciente reclamante:			Fecha:	
Cantidad autorizada:	Firma de autorización:		Proveedor a quién se pagó:	
Fecha de autorización:			Factura del proveedor N°:	

**Nota Importante:** La falsedad en los datos registrados invalida totalmente las garantías. En caso de haber recibido el beneficio habiéndose comprobado falsedad en los datos, deberá reembolsar el 100% de lo recibido, con una penalización del 20% adicional para cubrir gastos de administración y logística.