**NOTIFICACIÓN DE RECLAMACIÓN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CONTACTO** | | | |
| Nombre del Contacto |  | Razón Social |  |
| Dirección: |  | Nombre del usuario del producto: |  |
| Teléfono #: |  | Teléfono #: |  |
| Correo electrónico: |  | Correo electrónico: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DEL PRODUCTO** | | | | | | | | | |
| Código: | |  | Nombre del producto: | |  | | Fecha de caducidad: | |  |
| Lote: | |  | Modelo/ No. de serie | |  | | Cantidad de producto involucrada | |  |
| Uso del producto: | | Inicial | Reuso | | Cuantas veces? | |  | | |
| ¿Se cuenta con una muestra del producto involucrado? | | | | | | Si | | No | |
| Cantidad usada: |  | | | Cantidad adquirida: | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **INFORMACIÓN DE LA SITUACIÓN** | | | | | |
| Fecha en la que ocurrió la situación: |  | | Fecha en que se detectó la situación: | |  |
| ¿El dispositivo fue utilizado en algún procedimiento médico o quirúrgico? | | Si | No | Se desconoce | |
| ¿El paciente requirió intervención médica o quirúrgica debida a la situación reportada? | | Si | No | Se desconoce | |
| Estado actual del paciente: | |  | | | |
| Descripción detallada de la situación: | | | | | |