**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:       |