

SOLO PARA USO INTERNO	Numero de Reclamo: _____	Hora/Fecha: _____
Recibido por: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Secretario <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> _____		

Un reclamo se debe presentar ante la Autoridad del Hospital del Condado de Kern dentro de los 6 meses posteriores a la fecha en que ocurrió el incidente o evento. Asegúrese de que su reclamo sea contra la Autoridad del Hospital del Condado de Kern, no contra otra entidad pública. Cuando el espacio sea insuficiente, utilice papel adicional e identifique la información por párrafo y número.

Las reclamaciones completas deben enviarse por correo a: Kern Medical Legal Service, PO Box 12319, Bakersfield, CA 93389 o entregarse en mano al secretario de la junta en el campus principal del hospital ubicado en 1700 Mount Vernon Ave, Bakersfield, 93306
El suscrito presenta el siguiente reclamo e información tocante a daños a personas y/o propiedad personal.

Información del Reclamante

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
_____	_____	_____
Domicilio	Ciudad	Código Postal
_____	_____	_____
Teléfono de Casa (incluya área)	Teléfono de Trabajo (incluya área)	Correo Electrónico
_____	_____	_____
Fecha de Nacimiento		

Nombre, teléfono y dirección de correspondencia al cual el reclamante desea que se envíen avisos, si es diferente a la indicada arriba:

Información del Reclamo

Fecha de lo Ocurrido o Evento por lo cual resulto a este reclamo: _____ Hora de lo Ocurrido o Evento por lo cual resulto a este reclamo: _____

Lugar, incluyendo domicilio (si ninguno, calle que cruza más cercana) y ciudad:

Especifique lo ocurrido, evento, acto u omisión que usted reclama ocasiono la lastimadura o daño (utilice papel adicional si es necesario):

Indique como el Kern County Hospital Authority o sus empleados tuvieron la culpa. De nombre(s) de departamentos y empleados que ocasionaron el daño o lastimadura:

De una descripción del daño o perdida de propiedad, tal como se conoce en el momento del reclamo:

De una descripción de la lastimadura, tal como se conoce en el momento del reclamo:

Nombre y domicilio de cualquier otra persona lastimadura:

Nombre y domicilio del dueño de cualquier propiedad dañada:

Daños Reclamados

Cantidad reclamada para esta fecha: \$ _____ Si es más de diez mil dólares, ¿sería el reclamo un caso civil limitado (menos de \$25,000)?

Cantidad aproximada de costos futuros: \$ _____ Sí No

Cantidad Total Reclamada: \$ _____

Base para calculación de cantidades reclamadas (incluya copias de cobros, facturas, presupuestos, etc.):

Vehículo Dañado (si aplica)

Marca	Modelo	Año
_____	_____	_____
Número de Placa Incluyendo Estado que Emitio	Millaje	
_____	_____	
Domicilio y Teléfono de Compañía de Seguros	Domicilio y Teléfono de Compañía de Seguros	
_____	_____	

Información Adicional

Nombres y Domicilio de testigos, hospitales, doctores, etc. (Utilice hojas adicionales si ocupa):

1. _____
2. _____
3. _____

Cualquier otra información adicional que pueda ser útil al considerar este reclamo:

ADVERTENCIA: ES UNA OFENSA CRIMINAL ENTABLAR UN RECLAMO FALSO (CODIGO PENAL §556.1)

He leído los asuntos y declaraciones hechas en el reclamo indicado arriba y se que el mismo es verdad bajo mi propio conocimiento, excepto a aquellos asuntos declarados sobre información o creencia y tocante a tales asuntos yo creo que son verdad. Yo certifico bajo la pena de perjurio que lo indicado aquí es CIERTO y CORRECTO.

Firmado este _____ día de _____, 20_____ en _____

¿Hay hojas adicionales incluidas con esta forma de reclamo?

Firma del Reclamante

Sí No

Firma original requerida