

## Solicitud para Presentar una Inconformidad

Ponemos a su disposición la siguiente guía sobre la información necesaria para realizar un adecuado análisis y revisión de su caso. El llenado completo de esta solicitud permitirá estar en posibilidades de brindarle una adecuada asesoría por posibles irregularidades en la prestación de un servicio médico, por lo que le solicitamos que lo llene, **firme** y envíe por correo simple, certificado o lo presente directamente en nuestras oficinas.

### Nombre Completo del Paciente:

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad: _____ (años cumplidos)		Sexo: _____
Fecha de Nacimiento _____ dd/mm/aaaa		Curp: _____
Teléfonos de: casa _____		Trabajo _____
Celular _____		Recados _____

**Nombre Completo de quien presenta la inconformidad:** (llenar estos campos en caso de que quien presenta la inconformidad no sea el paciente afectado, sino alguien que lo representa)

Nombre(s)	Apellido Paterno	Apellido Materno
Edad: _____ (años cumplidos)		Sexo: _____
Fecha de Nacimiento _____ dd/mm/aaaa		Curp: _____
Parentesco _____		Causa de Representación _____

### Domicilio completo para notificaciones:

Calle	No. Exterior	No. Interior
Colonia	Delegación ó Municipio	Estado
Teléfonos de: casa _____		Trabajo _____
Celular _____		Recados _____

### **Solicitud para Presentar una Inconformidad**

A continuación, le solicitamos su respuesta a las siguientes preguntas:

**¿Cuál es el motivo de la inconformidad? (Por favor especifique de qué se queja):**

**Describa cómo sucedieron los hechos de los que Usted se inconforma:**

## Solicitud para Presentar una Inconformidad

**¿Cuándo ocurrieron los hechos por los que se inconforma?**

**¿Dónde ocurrieron los hechos de los que Usted se inconforma?**

Institución Pública                       Institución Privada                       Médico particular

Marque la institución pública de la que se trate:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> IMSS                                     | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de Policía Bancaria             |
| <input type="checkbox"/> ISSSTE                                   | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos del STC Metro                   |
| <input type="checkbox"/> ISSSTE ESTATAL                           | <input type="checkbox"/> SSA   |
| <input type="checkbox"/> PEMEX                                    | <input type="checkbox"/> Servicios Estatales de Salud                      |
| <input type="checkbox"/> SEDENA                                   | <input type="checkbox"/> Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.         |
| <input type="checkbox"/> SEDEMAR                                  | <input type="checkbox"/> Asistencia Privada                                |
| <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de la Policía Auxiliar | <input type="checkbox"/> Servicios Médicos de Instituciones Universitarias |
| <input type="checkbox"/> Otra    Especifique: _____               |  |

Nombre completo de la Unidad Médica: \_\_\_\_\_

Domicilio de la Unidad Médica: \_\_\_\_\_

Calle

Núm.

Col.

Deleg. o Municipio

C.P.

Entidad Federativa

Servicio Médico del que se queja \_\_\_\_\_

Especialidad Médica del que se queja \_\_\_\_\_

**Si el prestador de servicio médico es particular indíquenos el:**

Nombre del Médico y/o hospital \_\_\_\_\_

Domicilio del Médico y/o hospital \_\_\_\_\_

Calle

Núm.

Col.

Deleg. o Municipio

C.P.

Entidad Federativa

Teléfonos del Médico y/o hospital \_\_\_\_\_

Servicio Médico del que se queja \_\_\_\_\_

Especialidad del médico del que se queja \_\_\_\_\_

### **Solicitud para Presentar una Inconformidad**

**¿El prestador del servicio médico le ocasionó algún daño, lesión o le dejó secuelas derivadas de la atención que le brindó?**

Sí

No

**Si su respuesta fue "Sí", indíquenos ¿cuáles fueron los daños, lesiones o secuelas que le dejó la atención que le brindó el prestador del servicio médico?**

**¿Qué solicita del prestador de servicio del que se inconforma?**

(Se refiere a la petición o solicitud que usted quiere hacer al prestador del servicio de salud del que se inconforma, por ejemplo: indemnización, reembolso de gastos, explicación, atención médica, etc.)

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_