



19.08.184

REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA INCONFORMIDAD

nefrológica
TE
(ant. ex no satisfactoria)

1. Nombre: [Redacted]
2. Domicilio: [Redacted]

3. Teléfono y Correo Electrónico: [Redacted]

4. Nombre del Usuario: [Redacted] Edad: 31 (firmada)

5. Nombre, Dirección y Teléfono del Prestador del Servicio Médico contra quien se inconforma: UMAE HES2
Calle del Seguro Sa - Un. Hab. Mult. Familiares
CP 85120 Cd. Obispio Sonora

6. Número de afiliación, de expediente, carnet de citas, etc. Del usuario afectado: [Redacted]

7. Adjunte una breve descripción de los hechos motivo de la queja, si usted no es el afectado incluirá nombre, dirección y pretensiones.

8. Cuales son sus pretensiones del Prestador del Servicio Médico:
Se presentaron en la hoja #2 del relato de queja.

9. Si actúa a nombre de un tercero, anexe la documentación probatoria de su representación.

10. Identificación con firma y fotografía o huella digital del quejoso.

11. Anexe o envíe copia simple y legible de los documentos que soportan los hechos manifestados.

12. Mencione si ha presentado esta misma queja en alguna otra dependencia.

SI NO En Cual:

Fecha 20 del mes agosto del año 2019

COMISIÓN DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE SONORA
RECIBIDO
20 ABO. 2019
Firma [Signature]
HORA [Signature]
CAM - SONORA