



REQUISITOS PARA PRESENTAR UNA INCONFORMIDAD

1. Nombre: _____
2. Domicilio: _____

3. Teléfono y Correo Electrónico: _____
4. Nombre del Usuario: _____ Edad: _____
5. Nombre, Dirección y Teléfono del Prestador del Servicio Médico contra quien se
inconforma: _____

6. Número de afiliación, de expediente, carnet de citas, etc. Del usuario afectado: _____
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: _____

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 _____ del mes _____ del año _____
- Firma _____