

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. Cuáles 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 _____