

COMISION DE ARBITRAJE MÉDICO DEL ESTADO DE SONORA

SUBCOMISIÓN JURÍDICA

ORIENTACIÓN     ACTA DE ASESORIA     GESTION INMEDIATA

**DATOS DEL USUARIO**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Documentos de Identificación: \_\_\_\_\_  
Institución: \_\_\_\_\_ Número de afiliación: \_\_\_\_\_

**DATOS DEL PROMOVENTE**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Nacionalidad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ Municipio: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Causa: \_\_\_\_\_ Monto: \_\_\_\_\_  
Parentesco: \_\_\_\_\_  
Documentos de Identificación: \_\_\_\_\_

**PRESTADOR DEL SERVICIO**

Nombres: \_\_\_\_\_  
Municipio: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Colonia: \_\_\_\_\_ C.P.: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
Teléfonos: \_\_\_\_\_

**PERSONA QUE REGIBE Y ATIENDE LA ASESORIA**

Forma de Recepción: \_\_\_\_\_  
Consultor: \_\_\_\_\_

