

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: \_\_\_\_\_

SIENDO LAS \_\_\_\_\_ HORAS DEL DÍA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DEL 202\_\_\_\_\_

EL QUE SUSCRIBE LA PRESENTE, CON EL CARÁCTER Y DOMICILIO ARRIBA SEÑALADOS, ACUDO A ESTA COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MÉDICO, Y MANIFIESTO QUE ES MI VOLUNTAD RECIBIR ORIENTACIÓN Y ASESORÍA RESPECTO DE MI INCONFORMIDAD CON EL SERVICIO RECIBIDO POR EL PRESTADOR DE SERVICIO.

CONFORME A LO ANTERIORMENTE MANIFESTADO EL MOTIVO DE LA ASESORÍA (ORIENTACIÓN) ES: \_\_\_\_\_

HECHOS:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ASÍ MISMO MANIFIESTO QUE SE ME INFORMO EL OBJETIVO Y ATRIBUCIONES DE LA COMISIÓN DE ARBITRAJE MEDICO DEL ESTADO DE SONORA, ASÍ COMO DE LOS ALCANCES Y EFECTOS LEGALES DE LA PRESENTACIÓN DE UNA EVENTUAL QUEJA DE LA CONCILIACIÓN Y DEL ARBITRAJE COMO MEDIOS PARA DIRIMIR CONFLICTOS DERIVADOS DE LA PRESENTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS Y NO INTERRUMPE NI SUSPENDE LOS PLAZOS DE PRESCRIPCIÓN PREVISTOS POR LA LEY.

ASESORÍA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

SIENDO TODO LO QUE DESEO MANIFESTAR SE CONCLUYE LA PRESENTE EN LA CIUDAD DE HERMOSILLO, SONORA A LAS \_\_\_\_\_ HORAS.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE Y FIRMA DEL USUARIO.