



FORMATO DE QUEJA MÉDICA

_____, Morelos a _____ de _____ del _____.

COMISIÓN ESTATAL DE ARBITRAJE MEDICO. P R E S E N T E.

C. _____

(nombre completo del usuario del servicio médico o promovente de la queja, si actúa a nombre de un tercero anexe la documentación probatoria que acredita su representación.)

Por mi (nuestro) propio derecho, señalando como domicilio el ubicado en _____

con número telefónico _____, vengo (venimos) a promover queja médica en contra del prestador del servicio médico de nombre _____

quien puede ser localizado (s) en el domicilio ubicado en _____

con número telefónico _____.

Bajo protesta de decir verdad y con fundamento en lo dispuesto por los artículos 3, 4, 6 fracción I, 12 fracción I, 37, 41, 43 y 53 fracción II del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas y Gestión Pericial de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico, con el debido respeto comparezco (comparecemos) a exponer los siguientes:

HECHOS

(Acto que el atribuyo al prestador del servicio médico contra el cual formulo mi queja, narre los hechos indicando de qué manera sucedieron, es importante que indique circunstancias de modo, tiempo, lugar, día y como acontecieron éstos.)



FORMATO DE QUEJA MÉDICA

Para tal efecto manifiesto que mí (nuestro) número de afiliación, póliza o registro es el identificado con el número: _____

(únicamente se llenará cuando la queja sea interpuesta en contra de Instituciones Públicas que asigne registro a sus usuarios.)

Por lo anterior hago del conocimiento a esa Comisión Estatal de Arbitraje Médico cuales son mí (nuestras) *(únicamente aquellas de carácter civil)*:

P R E T E N S I O N E S .

Para demostrar los hechos descritos en mi escrito de queja, anexo a la presente los documentos que a continuación se describen, mismos que se relacionan con todos y cada uno de los puntos enunciados en la presente queja médica.



FORMATO DE QUEJA MÉDICA

Lo anterior con fundamento en lo dispuesto por los artículos 1, 3, 4, 6 fracción II, 37, 48, 53 y 55 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas y Gestión Pericial de la Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

ATENTAMENTE.

**Nombre y firma del usuario del servicio médico
y/o promovente de la queja médica**

Notas:

- 1.- Cuando dos o más personas ejerzan una misma acción u opongan la misma excepción, podrán participar en el procedimiento unidas y bajo la misma representación, si así lo manifiestan, deberán dentro de los tres días hábiles siguientes a su manifestación, nombrar un representante común, quien tendrá las facultades que en el poder se le hayan concedido, necesarias para la continuación del procedimiento.
- 2.- A la queja se agregará copia simple pero legible de los documentos que soporten los hechos manifestados y su identificación. Cuando se presente originales la COEAMOR agregará al expediente copias confrontadas de los mismos, devolviendo los originales a los interesados, exceptuándose de lo anterior los estudios imagenológicos.
- 3.-Deberá anexar a la presente queja médica original de la misma, de acuerdo al número de prestadores del servicio médico de que se queja en su escrito.
- 4.-De requerir mayor espacio para la narración de sus hechos, deberá hacerlo en hoja blanca por separado, la que deberá de firmar por los lados en que se escriba, misma que se anexará al presente formato como parte integrante de su queja.