Comisión Estatal de Conciliación
y Arbitraje Médico para el Estado de Colima

Formato Único de Inconformidad Médica

FECHA: _____/_____/_____

DATOS DEL USUARIO

Nombre: _____
Sexo: _____ Edad: _____
Domicilio: _____ Entidad Federativa: _____
Teléfono: _____ CURP_____
Institución: _____ Afiliación: _____
Identificación: _____

DATOS DEL PROMOVENTE

Nombre: _____
Domicilio: _____ Entidad Federativa: _____
Teléfono: _____
Causa de Representación: _____
_____
_____

PRESTADOR(ES) DEL(LOS) SERVICIO(S)

Nombre: _____
Domicilio: _____
Teléfono: _____
Hechos: _____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

DE MANERA EXPRESA MANIFIESTO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA PARA EFECTOS DE DESAHOGAR MI INCONFORMIDAD, DEBE TENERSE COMO CONFIDENCIAL.

_____
NOMBRE Y FIRMA