Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo
Unidad de Orientación y Quejas
Mariano Arista No. 707, Col. Nueva Francisco I. Madero, CP 42070, Pachuca de Soto, Hidalgo.
Tel. 7717130006, 7717130016
E-mail: informes@cameh.gob.mx, coesamedhidalgo@yahoo.com.mx

INCONFORMIDAD POR LA ATENCIÓN MÉDICA

El (la) que suscribe C. _____

Domicilio y medios de contacto:

_____
Calle | Número externo o interno | Entre calles

_____
Colonia o Fraccionamiento | Delegación/Municipio | C.P. | Estado

_____
Teléfono Casa | Teléfono Oficina | Celular

_____
Correo electrónico

Presento ante esta Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo (CAMEH) una inconformidad, en la que está involucrado el siguiente prestador de servicio médico.

_____
Unidad (es) Médica (s)

_____
Domicilio de la Unidad Médica y/o Prestador de Servicios Médicos

_____
Nombre (s) de (los) Prestador (es) del Servicio Médico

_____
Servicio (s) o Especialidad (es)

Manifiesto que los hechos y el motivo de mi inconformidad son los siguientes:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Fecha: _____

Autorizó que un asesor médico o asesor jurídico de la Comisión de Arbitraje Médico del Estado de Hidalgo se ponga en contacto con un servidor o servidora, por alguno de los medios de contacto descritos con antelación y me brinde la asesoría correspondiente.

Le comunicamos que la información que se recabe para atender su queja será tratada y protegida en términos de lo dispuesto por la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Gubernamental.