



"2014, Año de Octavio Paz."

No. de Queja: \_\_\_\_\_

**Datos Generales del Asegurado**

Nombre: \_\_\_\_\_

Núm. De Afiliación: \_\_\_\_\_ Unidad de Adscripción: \_\_\_\_\_ No. Consultorio: \_\_\_\_\_

Domicilio Particular: \_\_\_\_\_

Colonia: \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Empresa en que Labora: \_\_\_\_\_

Teléfono/ Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico (E-mail): \_\_\_\_\_

CURP: \_\_\_\_\_

**Datos del Agraviado**

Nombre: \_\_\_\_\_

Marque con una "X" el Parentesco:

Concubina  Esposo(a)  Hijo(a)  Padre / madre

**Datos de la Unidad Involucrada**

Unidades Involucradas: \_\_\_\_\_

Servicio Involucrado: \_\_\_\_\_

Personal Involucrado: \_\_\_\_\_

Fecha y Hora en que ocurrieron los Hechos: \_\_\_\_\_

**Petición Concreta**

Reintegro de Gastos Cantidad: \$ \_\_\_\_\_

Investigación Médica

Sanción al Personal

Otros Especificar: \_\_\_\_\_

**Documentos que se Anexan**

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

**Uso Exclusivo del IMSS**

Nombre: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_



Sello de Recibido

