

Formato de solicitud de queja médica

| Homoclave del formato | | |
|--|----|------|
| FF-ISSSTE-04 | | |
| Fecha de publicación del formato en el DOF | | |
| DD | MM | AAAA |

| Folio | | |
|--------------------|----|------|
| | | |
| Fecha de solicitud | | |
| DD | MM | AAAA |

Datos del promovente

| |
|------------------------------------|
| CURP: |
| RFC: |
| Parentesco: |
| Documento de representación legal: |

| |
|-------------------|
| Nombre(s): |
| Primer apellido: |
| Segundo apellido: |

Domicilio del promovente para oír y recibir notificaciones

| | |
|--|------------------|
| Código postal: | |
| Calle: <small>(Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.)</small> | |
| Número exterior: | Número interior: |
| Colonia: <small>(Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.)</small> | |
| Municipio o Delegación: | |

| | |
|----------------------------|---------------------|
| Estado o Distrito Federal: | |
| Clave lada: | Teléfono fijo: |
| Clave lada: | Teléfono adicional: |
| Clave lada: | Celular: |
| Correo electrónico: | |

Datos del paciente

| |
|--------------------------------|
| CURP: |
| RFC: |
| Edad: |
| Parentesco: |
| Función o actividad principal: |

| |
|------------------------------------|
| Nombre(s): |
| Primer apellido: |
| Segundo apellido: |
| Número de dependientes económicos: |
| Nombramiento: |
| Lugar de trabajo: |

De conformidad con los artículos 4 y 69-M, fracción V de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo, los formatos para solicitar trámites y servicios deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación (DOF).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Domicilio del paciente

| | | | |
|---|------------------|----------------------------|---------------------|
| Código postal: | | Estado o Distrito Federal: | |
| Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.) | | Clave lada: | Teléfono fijo: |
| Número exterior: | Número interior: | Clave lada: | Teléfono adicional: |
| Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.) | | Clave lada: | Celular: |
| Municipio o Delegación: | | | |

Datos del representante legal

| | |
|------------------------------------|-------------------|
| CURP: | Nombre(s): |
| RFC: | Primer apellido: |
| Parentesco: | Segundo apellido: |
| Documento de representación legal: | |

Domicilio del representante legal para oír y recibir notificaciones

| | | | |
|---|------------------|----------------------------|---------------------|
| Código postal: | | Estado o Distrito Federal: | |
| Calle: (Por ejemplo: Avenida Insurgentes Sur, Boulevard Ávila Camacho, Calzada Corredor, etc.) | | Clave lada: | Teléfono fijo: |
| Número exterior: | Número interior: | Clave lada: | Teléfono adicional: |
| Colonia: (Por ejemplo: Ampliación Juárez, Residencial Hidalgo, Fraccionamiento, Sección, etc.) | | Clave lada: | Celular: |
| Municipio o Delegación: | | Correo electrónico: | |

Cantidad solicitada en pesos y pretensión (se debe requisitar únicamente en caso de solicitar el reembolso)

| |
|-------------------------|
| Cantidad en número: |
| Cantidad en letra: |
| Describe su pretensión: |
| |
| |

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Para uso exclusivo del personal de la unidad receptora

| Requisitos | Original | Copia | Cantidad |
|--|----------|-------|----------|
| Identificación Oficial vigente (Credencial para votar INE, Pasaporte o Cédula profesional). Copia. (El original sólo será para cotejo). | | | |
| Formato de solicitud o escrito libre, señalando la unidad médica involucrada, fecha y hora donde ocurrieron los hechos. Original. | | | |
| Original del documento que acredite la representación con la que actúa, para los siguientes casos: - Los familiares Derechohabientes, en caso de fallecimiento del Trabajador o Pensionado o cuando las circunstancias de salud impidan al Trabajador o Pensionado presentarla por sí mismo; el albacea o los herederos del Trabajador o Pensionado, que acrediten ese carácter con resolución emitida por autoridad competente o instrumento otorgado ante fedatario público, o el tutor nombrado por autoridad competente, en caso de imposibilidad física o mental del Derechohabiente. - Tratándose de No Derechohabiente usuario o solicitante del Servicio Médico; el albacea o los herederos, que acrediten ese carácter con resolución emitida por autoridad competente o con instrumento otorgado ante fedatario público, o el tutor nombrado por autoridad competente, en caso de imposibilidad física o mental del mismo. | | | |
| Documentación que sustentan la narración de los hechos, tales como: resumen médico del particular que haya atendido al paciente, estudios de laboratorio y gabinete (radiografías y ultrasonidos) y estudio Histopatológico, entre otros. Original. | | | |
| En caso de que se reclame el pago de gastos médicos extrainstitucionales deberá presentar las facturas o recibos de honorarios electrónicos que acrediten la erogación de gastos médicos extrainstitucionales. Original. (Impresión del archivo electrónico). | | | |

Unidad receptora:

Unidad de Atención al Derechohabiente y Comunicación Social en la Delegación

| | |
|--|-------------------------------|
| Nombre completo de la persona receptora: | Sello de la unidad receptora: |
| Puesto: | |

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Declaraciones para el llenado del formato de Solicitud de Queja Médica del ISSSTE

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los trabajadores del estado (ISSSTE) hace de su conocimiento que los datos personales proporcionados en la gestión de su trámite, están protegidos y resguardados, conforme a lo dispuesto por el artículo 68 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública, así como los artículos 25, 26, 31, 65, 67 y 70 de la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados, cuya finalidad es recabar los datos necesarios para el llenado del formato de Solicitud de Queja Médica del ISSSTE. Lo anterior, en cumplimiento a los Lineamientos Generales de Protección de Datos Personales para el Sector Público, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 26 de enero de 2018, y demás normatividad aplicable a la materia..

Esta solicitud y el trámite son gratuitos

La distribución y el trámite de esta solicitud, son gratuitos para mayor información sobre los trámites de solicitud de Queja Médica, llama al 51409617, consulta también nuestros sitios de internet: (www.issste.gob.mx), reporta cualquier anomalía a la Secretaría de la Función Pública 01 800 0014 800 y (01 55) 2000 3000, o al Órgano Interno de Control en la Dependencia o Entidad donde laboras, a través de internet en el sitio: (www.funcionpublica.gob.mx)

Contacto:

Jesús García Corona No. 140 5° piso,
Col. Buenavista Delegación Cuauhtémoc,
Ciudad de México C.P. 06350,
Tel. (55) 4000-1000