gob.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Guía para presentar una queja o solicitud de atención

Homoclave del formato	Fecha de solicitud del trámite
FF-CONAMED-001	DD / MM / AAAA

Datos generales del solicitante

Paciente	
CURP:	
Nombre (s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Sexo:	Edad:
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	
Teléfono domicilio:	
Teléfono móvil:	
Teléfono para recados:	
Correo electrónico:	

Promovente o representante	
CURP:	
Nombre (s):	
Primer apellido:	
Segundo apellido:	
Sexo:	Edad:
Fecha de nacimiento: DD / MM / AAAA	
Parentesco:	
Causa de la representación: *(Por ejemplo: Incapacidad física, menor de edad, fallecimiento, representación legal, etc.)*	
Teléfono (lada y número):	
Teléfono móvil:	
Correo electrónico:	

Domicilio para notificaciones

Código postal:	Colonia: (Por ejemplo: Colonia, Residencial, Fraccionamiento, Unidad Habitacional, entre otros.)
Calle: (Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.)	Municipio o Alcaldía:
Número exterior: / Número interior:	Estado:

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).

Gobierno de México · CONAMER Comisión Nacional de Mejora Regulatoria · CONAMED Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Contacto:
Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo
Col. Tacuba, C.P. 11410 Ciudad de México
Tels: 5554207000, 800 711 0658
primera_atencion@conamed.gob.mx

¿Cuál es el motivo de la queja o solicitud de atención? (por favor precise la irregularidad, negativa o demora en la atención recibida de la que se queja)

Describa cómo, cuándo y dónde sucedieron los hechos que motivan la queja
(en caso de requerir más espacio, agregue las hojas que considere necesarios)

Especifique, cuándo ocurrieron los hechos de la queja

DD / MM / AAAA

Especifique dónde ocurrieron los hechos motivo de la queja

- ◯ Institución pública
- ◯ Institución privada / Médico Particular
- ◯ Médico particular

Unidad Médica

De ser el caso, marque la institución de la que se trate:

- ◯ IMSS
- ◯ ISSSTE
- ◯ ISSSTE ESTATAL
- ◯ PEMEX
- ◯ DEFENSA
- ◯ MARINA
- ◯ Servicios Médicos de la Policía Auxiliar
- ◯ Otra Especifique: _____
- ◯ IMSS - Bienestar
- ◯ Servicios Médicos de Policía Bancaria
- ◯ Servicios Médicos del STC Metro
- ◯ Secretaría de Salud Federal
- ◯ Servicios Estatales de Salud
- ◯ Secretaría de Salud del Gobierno de la CDMX
- ◯ Servicios de Salud Privados
- ◯ Servicios Médicos de Instituciones Universitarias

Datos de la(s) unidad(es) médica(s) o prestador de servicio médico.

En caso de requerir mayor espacio agrega en hojas anexas

1- Nombre del médico/a, clínica y/o hospital:

(Ejemplo: HGZ 125, UMF 89, Clínica de Medicina Familiar Álvaro Obregón, Clínica de Especialidades San Andrés, Hospital los Remedios, CMN de Occidente, Hospital Regional Porfirio Díaz, etc.)

Código postal:

Calle:

(Por ejemplo: Avenida, Boulevard, Calle, Carretera, Camino, Privada, Terracería, entre otros.)

Número exterior: | Número interior:

Colonia:

(Por ejemplo: Colonia, Residencial, Fraccionamiento, Unidad Habitacional, entre otros.)

Municipio o Alcaldía:

Estado:

Especialidad médica del que se queja:

Número de seguridad social, de afiliación o de registro:

Contacto:
Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo
Col. Tacuba, C.P. 11410 Ciudad de México
Tels: 5554207000, 800 711 0658
primera_atencion@conamed.gob.mx

2- Nombre del médico/a, clínica y/o hospital: (Ejemplo: HGZ 125, UMF 89, Clínica de Medicina Familiar Álvaro Obregón, Clínica de Especialidades San Andrés, Hospital los Remedios, CMN de Occidente, Hospital Regional Porfirio Díaz, etc.)	
Código postal:	
Calle:	
Número exterior:	Número interior:
Colonia: (Por ejemplo: Colonia, Residencial, Fraccionamiento, Unidad Habitacional, entre otros.)	

Municipio o Alcaldía:
Estado:
Teléfonos del médico y/o hospital (lada y número):
Servicio médico del que se queja:
Especialidad del médico de quien se queja:

¿El prestador del servicio médico ocasionó algún daño, lesión o dejó secuelas derivadas de la atención que brindó?	
◯ Sí	◯ No

Si su respuesta fue "sí", indique ¿cuáles fueron los daños, lesiones o secuelas que dejó la atención que brindó el prestador del servicio médico?

¿Qué solicita del prestador de servicio del que se queja? y ¿Qué propuesta plantea para solucionar la queja? (Se refiere a la petición o solicitud que se quiere hacer al prestador del servicio de salud del que se queja y que podría ser una vía de resolución, por ejemplo: indemnización, reembolso de gastos, explicación, atención médica, etc.)

Campo para firma del solicitante

Nombre y firma del solicitante o huella digital

Contacto:
Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo
Col. Tacuba, C.P. 11410 Ciudad de México
Tels: 5554207000, 800 711 0658
primera_atencion@conamed.gob.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Instrucciones de llenado

Esta guía sirve para ordenar su información.

La información completa de cada campo, nos permitirá conocer su solicitud de manera concreta, para:

a. Identificar el motivo de su queja y cómo desea resolverla
b. Estar en posibilidades realizar un análisis personalizado de acuerdo a la queja que nos describa, y
c. Brindarle el tipo de atención que se ajuste a su necesidad de servicio, ya sea a través de Orientación, Asesoría Especializada, Gestión para la atención médica o la Queja para su ingreso al proceso arbitral.

1. Los datos generales del solicitante deben ser exactos y completos:
   a. El nombre del paciente y en su caso de quien promueve la queja o representante del paciente, debe estar tal como está en su acta de nacimiento y credencial para votar.
   b. El registro de su sexo y edad, parentesco, causa de representación y fecha de nacimiento nos permitirá entender el contexto, hacer un análisis detallado del caso e identificar si quien presenta la queja es mayor de edad.
   c. Los teléfonos y correos electrónicos o dirección postal nos permitirán tener comunicación en caso de alguna aclaración, por lo que deben estar completos.
2. El domicilio debe estar completo para que estemos en posibilidades de notificarle cualquier cuestión relacionada con su solicitud.
3. Respecto al motivo, descripción de cómo, cuándo, dónde ocurrieron los hechos y su propuesta para resolver la queja, deben describirse de manera simple y clara, tal como ocurrió. Esto nos permitirá tener mayor comprensión de lo que se inconforma e identificar las vías alternas de solución.
4. Es importante señalar el domicilio completo de la unidad médica o del prestador del servicio médico, para que cuando esto sea necesario, estar en posibilidades de notificarle.
5. Es necesaria su firma en original, en caso de no ser posible tu huella digital y lo envíe por correo simple, certificado o lo presente directamente en nuestras oficinas.

Información del trámite

En la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED) se reciben y atienden quejas por la presunta irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios de salud

1) Intervenir en amigable composición para CONCILIAR conflictos derivados de los servicios médicos por probables actos u omisiones derivados de la prestación del servicio, probables casos de negligencia con consecuencia sobre la salud del usuario;
2) Fungir como árbitro y pronuncia los laudos que correspondan cuando las partes se sometan expresamente al arbitraje.

Para la atención de cada caso, se cuenta con un equipo multidisciplinario y experto en el análisis de quejas.

De acuerdo al tipo de queja, se proporcionará el tipo de atención que se adecúe a sus necesidades de servicio, los cuales pueden ser: Orientación, Asesoría, Gestión Médica y la adminisión de quejas para dar inicio al proceso arbitral.
Orientación y Asesoría:

Mediante este servicio podrá conocer información especializada sobre dónde, cuándo, cómo, por qué y para qué presentar una queja por la atención médica, sobre las ventajas de los medios alternos de solución de conflictos como son: la mediación, la conciliación y el arbitraje, le explicamos los derechos y obligaciones, tanto del paciente como del prestador del servicio médico, los alcances del arbitraje para que usted decida si presenta o no una queja en CONAMED, o bien, sobre las instancias a las que podrá acudir.

Para recibir una orientación y asesoría no se requiere de documentación y las vías de recepción son por: correo electrónico, correo postal, presencial y telefónica.

Contacto:
Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo
Col. Tacuba, C.P. 11410 Ciudad de México
Tels: 5554207000, 800 711 0658
primera_atencion@conamed.gob.mx

Información del trámite

Gestión médica:

A través de este proceso se gestionará la atención de los usuarios, cuando la queja o solicitud de atención se refiera a demora, negativa de servicios médicos, o cualquier otra que pueda ser resuelta por esta vía.

En la gestión para la atención médica es necesario contar con: los datos del paciente y del prestador del servicio de salud, el número de afiliación o de registro cuando se trate de instituciones públicas, el motivo de la queja y la petición de la atención médica y no se requiere de documentación. Las vías de recepción son por: correo electrónico, correo postal, presencial y telefónica.

Atención de Quejas:

El proceso arbitral, inicia con la admisión de la queja y se integra de dos etapas: la primer etapa es la CONCILIATORIA, en este caso se invita al prestador que brindó el servicio médico a una audiencia de conciliación, para que se trate de aclarar la situación y pueda ser resuelta mediante el acuerdo de ambas partes (médico y paciente).

En el caso de que no lleguen a un acuerdo en la etapa de conciliación, se les propone la segunda etapa que es el ARBITRAJE, si ambos aceptan, es decir, si es la voluntad de ambas partes aceptar el proceso, continuará el procedimiento arbitral para que la CONAMED decida quién tiene la razón y se resuelva el asunto.

Para la admisión de la queja se establecen los requisitos y documentos en el artículo 49 del Reglamento de Procedimientos para la Atención de Quejas Médicas y Gestión Pericial de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico:

Art. 49. “Las quejas deberán presentarse ante la CONAMED de manera personal por el quejoso o su promovente, ya sea en forma verbal o escrita y deberán contener”.

I. Nombre, domicilio y en su caso, el número telefónico del quejoso y del prestador del servicio médico contra el cual se inconforme.
II. Una breve descripción de los hechos motivo de la queja.
III. Número de afiliación o de registro del usuario, cuando la queja sea interpuesta en contra de instituciones públicas que asignen registro a los usuarios.
IV. Pretensiones que deduzca del prestador del servicio.
V. Si actúa a nombre de un tercero, la documentación probatoria de su representación sea en razón de parentesco o por otra causa.
VI. Firma o huella digital del quejoso

A la queja se agregará copia simple, legible, de su identificación y de los documentos en que soporte los hechos manifestados (notas, recetas médicas, carnet de citas, hojas de alta hospitalaria, resumen clínico, etc.).
Las vías de recepción para la admisión de las quejas o solicitudes de atención son de manera presencial, correo postal o correo electrónico.

Es importante aclarar que los requisitos y documentos pueden variar de acuerdo a la institución pública o unidad médica de la que se queja y a su petición o propuesta de resolución, por lo que puede asesorarse primero sobre cómo integrar su queja.

Durante todo el proceso de atención en esta CONAMED, contamos con la participación de un equipo multidisciplinario, expertos en la atención de quejas por la prestación de los servicios de salud, en materia médica y en materia jurídica quienes actúan en estricto apego a los principios de confidencialidad, imparcialidad, objetividad y profesionalismo.

Todos nuestros servicios SON GRATUITOS.

Términos y condiciones

Los dispuestos en las leyes, decretos, reglamentos y demás disposiciones legales a los que remita el caso en cuestión.

Contacto:
Av. Marina Nacional #60, Piso 14, Alc. Miguel Hidalgo
Col. Tacuba, C.P. 11410 Ciudad de México
Tels: 5554207000, 800 711 0658
primera_atencion@conamed.gob.mx