**Marque con una X…. Es usted: paciente ( ) familiar de paciente ( ) usuario ( )**

|  |
| --- |
| **Nombre: Fecha:** |
| **Dirección: Colonia:** |
| **Delegación o Municipio: C.P.** |
| **Teléfono: Correo electrónico:** |
| **Número de Expediente: Fecha de Nacimiento:** |
| **Servicio al que acudió y horario:** |
| **Nombre del Médico, Trabajador Social, Personal de Enfermería u otro personal que lo atendió:** |
| **Marque si es: ( ) QUEJA ( ) SUGERENCIA ( ) FELICITACIÓN** |
| **DESCRIPCIÓN**: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **Aviso de Privacidad:** El Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra, garantiza el derecho que tiene toda persona a la protección de sus datos personales recabados en este formulario, los cuales serán de uso exclusivo para dar atención a la queja, sugerencia y/o felicitación recibida como lo establece el art. 25 de la LeyGeneral de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados. |

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

FIRMA