

**ACUERDO POR EL QUE SE DAN A CONOCER LOS FORMATOS DE LOS TRÁMITES
A CARGO DE LA SECRETARÍA DE SALUD QUE SE INDICAN**

ARTÍCULO PRIMERO.- Se dan a conocer los formatos oficiales de los trámites a cargo de la Secretaría de Salud que a continuación se indican:

1. FF-CENATRA-001 Formato oficial para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes.
2. FF-CONAMED-001 Guía para presentar una queja.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Los formatos podrán reproducirse libremente en cualquier medio, siempre y cuando, no se altere su contenido y, en su caso, la impresión de los mismos se deberá hacer en hojas blancas tamaño carta. Los interesados podrán consultar los formatos en gob.mx o en las páginas de Internet del Centro Nacional de Trasplantes y de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico.

ARTÍCULO TERCERO.- El Centro Nacional de Trasplantes y la Comisión Nacional de Arbitraje Médico deberán tener públicamente a disposición de quienes lo soliciten, los formatos a que se refiere el presente Acuerdo en medio impreso y electrónico.

El personal de atención al público de los referidos órganos desconcentrados, deberán proporcionar la orientación e información necesaria para la realización del trámite correspondiente.

ARTÍCULO CUARTO.- La atención de los trámites que se presenten con los formatos que se dan a conocer mediante el presente Acuerdo, se sujetará a lo dispuesto en la Ley Federal de Procedimiento Administrativo y demás disposiciones jurídicas aplicables. Para cualquier aclaración, relacionada con dichos trámites, se estará a lo siguiente:

- a) Respecto del referido en el numeral 1, del Artículo Primero de este ordenamiento, los interesados podrán acudir al Centro Nacional de Trasplantes, sito en Carretera Picacho Ajusco número 154, piso 6, Colonia Jardines en la Montaña, Delegación Tlalpan, Código Postal 14210, Ciudad de México, o bien comunicarse al teléfono 54-87-99-02, extensión 51406.
- b) Respecto del referido en el numeral 2, del Artículo Primero de este ordenamiento, los interesados podrán acudir a la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, sita en Mitla número 250, Colonia Vértiz Narvarte, Delegación Benito Juárez, Código Postal 03020, Ciudad de México, o bien comunicarse al teléfono 5420-7000.

TRANSITORIOS

PRIMERO.- El presente Acuerdo entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

SEGUNDO.- Quedan sin efectos:

1. El formato CNTRA-00-009 Consentimiento para la disposición de órganos y tejidos de cadáveres con fines de trasplante, previsto en el Acuerdo por el que se dan a conocer todos los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2004.
2. El formato CONAMED-00-007 Atención de quejas, previsto en el Acuerdo por el que se dan a conocer todos los trámites y servicios, así como los formatos que aplica la Secretaría de Salud inscritos en el Registro Federal de Trámites y Servicios de la Comisión Federal de Mejora Regulatoria, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 20 de mayo de 2004.

TERCERO.- Los trámites que se encuentren pendientes de resolución a la fecha de publicación del presente Acuerdo, deberán ser resueltos conforme a las disposiciones vigentes al momento de su presentación.

Dado en la Ciudad de México, al día 1 del mes de julio de 2016.- El Secretario de Salud, **José Ramón Narro Robles**.- Rúbrica.

gob mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Guía para presentar una queja

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

Datos generales del solicitante

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

Domicilio para notificaciones

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

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFEMER
Comisión Federal de
Mejora Regulatoria

CONAMED
Comisión Nacional de
Arbitraje Médico

Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

¿Cuál es el motivo de la queja? (por favor precise de qué se queja)

Describa cómo sucedieron los hechos que motivan la queja

Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob.mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

¿Cuándo ocurrieron los hechos de la queja?

DD / MM / AAAA

¿Dónde ocurrieron los hechos motivo de la queja?



Institución pública



Institución privada



Médico particular

Unidad Médica

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



IMSS



ISSSTE



ISSSTE ESTATAL



PEMEX



SEDENA



SEDEMAR



Servicios Médicos de la Policía Auxiliar



Otra Especifique: _____



Servicios Médicos de Policía Bancaria



Servicios Médicos del STC Metro



SSA



Servicios Estatales de Salud



Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.



Asistencia Privada



Servicios Médicos de Instituciones Universitarias

Datos de la(s) unidad(es) médica(s)

Nombre completo:

(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:

Servicio médico del que se queja:

Especialidad médica del que se queja:

Número de seguridad social, de afiliación o de registro:

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICACOMER
Comisión Nacional de
Arbitraje MédicoCONAMED
Comisión Nacional de
Arbitraje Médico

Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Si el prestador de servicio médico es particular indique

Nombre del médico, 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.)

Contacto:

Mita No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob mx

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

Campo para firma del solicitante

Nombre y firma del solicitante o huella digital_____
DD / MM / AAAA

Fecha

Contacto:Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

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 queja 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 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 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 queja.
 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 la 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 posible irregularidad en la prestación o negativa de prestación de servicios de salud

- 1) Interviene 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) Funge 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 para la Atención Médica y la Queja para su ingreso 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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COFEMER
Comisión Federal de
de Mejora Regulatoria

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob mx**Comisión Nacional de Arbitraje Médico****Información del trámite****Gestión para la atención médica:**

A través de este servicio se gestionará la atención de los usuarios, cuando la queja 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 se requiere de: 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, 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 son de manera presencial y por correo postal.

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.

Además 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.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



COJMER
de Mujeres Regulatorias

CONAMED
COMISIÓN NACIONAL DE
ARBITRAJE MÉDICO

Contacto:

Mitla No. 250, esq. Eje 5 Sur (Eugenia)
Col. Vertiz Narvarte, Benito Juárez, Ciudad de
México, CP. 03600 Tels: 5420-7000,
0155-5420-7000 orientacion@conamed.gob.mx

gob.mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

Formato oficial para manifestar el consentimiento expreso para donar órganos, tejidos y células después de la muerte para que éstos sean utilizados en trasplantes.

Homoclave del formato	Fecha de publicación del formato en el DOF
FF - CENATRA - 001	
Lugar de solicitud	Fecha de la solicitud
	DD MM AAAA

Antes de llenar este formato lea cuidadosamente el instructivo al reverso, llénese con letra de molde legible o máquina.

1. Datos generales del solicitante

CURP:	Fecha de nacimiento:
Nombre(s):	Edad:
Primer apellido:	(De conformidad con el Artículo 322, párrafo cuarto, de la Ley General de Salud, la donación expresa, cuando corresponda a mayores de edad con capacidad jurídica, no podrá ser revocada por terceros, pero el donante podrá revocar su consentimiento en cualquier momento, sin responsabilidad de su parte).
Segundo apellido (Opcional):	Nacionalidad:
Sexo:	

Estado civil	☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Otro	Precisar:
--------------	---	-----------

Grado de estudios	☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Preparatoria ☐ Licenciatura ☐ Maestría ☐ Doctorado ☐ Sin estudios
☐ Otro	Precisar:

Ocupación	☐ Estudiante ☐ Empleado ☐ Comerciante ☐ Hogar ☐ Otro
☐ Otro	Precisar:

Estado: (Estado de la República Mexicana donde reside)	Correo electrónico (Opcional):
---	--------------------------------

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).

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

COFEMER
Comisión Federal
de Mejora Regulatoria

CENATRA
CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES

Contacto:
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México. Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438

gob.mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

2.- Consentimiento expreso

Con fundamento en el Artículo 329, de la Ley General de Salud, yo en pleno uso de mis facultades mentales, manifiesto mi voluntad de ser donador al momento de mi muerte de manera.

a) Amplia	☐ Todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.		
b) Limitada	☐ Córneas	☐ Riñones	☐ Vasos sanguíneos
	☐ Corazón	☐ Hueso	☐ Intestino
	☐ Pulmones	☐ Piel	☐ Válvulas cardíacas
	☐ Páncreas y bazo	☐ Tendones	☐ Extremidades
	☐ Hígado	☐ Cartilagos	☐ Cara
	☐ Otros	Precisar:	

Circunstancias de la donación:

3.- Referencias personales

Nombre(s):	Primer apellido:	Segundo apellido:
Relación o parentesco con el otorgante		
☐ Cónyuge	☐ Concubina o concubinario	☐ Padre
☐ Otros	☐ Madre	☐ Hijo(a)
☐ Hermano(a)	Precisar:	
Estado: (Estado de la República Mexicana donde reside)		Correo electrónico (Opcional):

4.- Acreditación. Documentación que presenta para identificarse

Documento			
☐ Credencial de Elector	☐ Cartilla Militar	☐ Pasaporte	☐ Cédula Profesional
Folio de identificación:			

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICASEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICACOT-MER
Comisión Especial
de Mujeres RegulatoriasCENATRA
CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES

Contacto:
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México.Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438

gob mxSecretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

5.- Nombre y firma del otorgante

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información anteriormente asentada es cierta.

"Es importante que esta decisión se informe a su familia o seres queridos."

Nombre y firma del otorgante

6.- Datos de la autoridad competente ante la que se presenta el formato

Nombre, firma y sello de la autoridad competente

El presente Formato, surtirá sus efectos, una vez que haya sido presentado ante la autoridad competente.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA**SEP**
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA**COFEMER**
Comisión Federal
de Mejora Regulatoria**CENATRA**
CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES**Contacto:**
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México. Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438

gob.mx

Secretaría de Salud
Centro Nacional de Trasplantes

Instructivo de llenado

Fecha de presentación del formato: Anotar la fecha con números legibles de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

1. Datos generales del solicitante. Deberá anotar sus datos personales.

Nombre completo: Anotar nombre(s), apellido paterno y apellido materno.

Edad: Anotar la Edad (años cumplidos).

Fecha de nacimiento: Anotar la fecha de nacimiento de la siguiente manera, dos dígitos para el día/dos dígitos para el mes/cuatro dígitos para el año.

CURP: Anotar la Clave Única de Registro de Población si la tuviere.

Sexo: Elegir y marcar la opción correspondiente.

Nacionalidad: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado civil: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Grado de estudios: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Ocupación: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

2. Consentimiento expreso.

Amplia: Elegir y marcar todos los órganos y/o tejidos útiles para trasplante.

Limitada: Elegir solo los órganos y/o tejidos que desea donar, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Circunstancia de la donación: Indicar destino del órgano o tejido donado. Se puede destinar a un familiar o algún particular registrado en espera del órgano o tejido, que cumpla con los requisitos necesarios y que además se acredite el vínculo familiar o amistoso. También se puede señalar si se dirige a un hospital, institución, sector o estado en particular.

3. Referencias personales

Nombre completo: Anotar el nombre del cónyuge, concubina o concubinario, padre o madre, hijo (a), en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Relación o parentesco con el otorgante: Elegir y marcar la opción correspondiente, en caso de elegir "Otro", favor de precisar.

Estado: Anotar el Estado de la República Mexicana donde reside.

Correo electrónico: Anotar su cuenta de correo electrónico si la tuviere.

4. Acreditación. Documentación que presenta para identificarse.

Documento: Elegir y marcar la opción correspondiente.

Folio de identificación: Anotar el folio de identificación del documento oficial con el que se identifica.

5. Nombre y firma del otorgante

Anotar el nombre completo y la firma del otorgante. La huella digital del otorgante será válida, en caso de que éste no pueda firmar.

6.- Datos de la autoridad competente ante la que se presenta el formato.

Este rubro será llenado por el funcionario público ante quien se presenta el formato.

Nota: El formato deberá acompañarse con una copia fotostática de su identificación oficial (credencial de elector, cédula profesional, pasaporte o cartilla del servicio militar) del otorgante. Tanto el formato, como los documentos que se acompañen no serán válidos, si los mismos presentan alteraciones, raspaduras o alguna enmendadura.

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



SEP
SECRETARÍA DE
EDUCACIÓN PÚBLICA

COT-MER
Comisión Mexicana
de Mejora Regulatoria

CENATRA
CENTRO NACIONAL
DE TRASPLANTES

Contacto:
Carretera Picacho Ajusco N°. 154 6to. Piso,
Jardines en la Montaña, Tlalpan, C.P. 14210,
Ciudad de México. Tel. 54879902, ext. 51430,
51418, 51446 y 51438