

El Hospital General de México, “Dr. Eduardo Liceaga” en su labor de proveer servicios de **Calidad y Calidez** en cumplimiento a su *Misión*, ha generado un espacio de opinión donde los pacientes y sus familiares puedan externar libremente sus *felicitaciones, quejas, sugerencias y solicitudes de gestión*, mediante el Sistema Unificado de Gestión (SUG), con el propósito de incluir sus opiniones en el proceso de mejora continua de los servicios que brinda la Institución.



Para esto, el usuario debe utilizar los formatos que encontrará colocados en los buzones de atención al usuario ubicados en los Servicios con mayor afluencia



- ✓ Nombre completo del Paciente y/o Familiar y número de expediente (ECU).
- ✓ Teléfono de contacto del Paciente y/o Familiar.
- ✓ Fecha y hora en que fue atendido.
- ✓ Servicio del hospital en el cuál fue atendido y/o área donde ocurrieron los hechos.
- ✓ Nombre, cargo o descripción del personal del hospital que lo atendió.
- ✓ Descripción detallada de su queja, sugerencia, felicitación o solicitud de gestión.

SALUD INSTITUTO FEDERAL DE SALUD SISTEMA UNIFICADO DE GESTIÓN PARA LA ATENCIÓN Y ORIENTACIÓN AL USUARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD **Formato Unificado de Solicitud de Atención (FUSA)** SEGURO POPULAR

Espacio para registro del personal del Sistema Unificado de Gestión

Fecha registro en plataforma SUG: Folio generado por la plataforma SUG:

Para otorgarle una mejor atención proporcione los siguientes datos y al reverso describa su solicitud

Datos de Identificación

Indique si tiene Seguro Popular: Si No Género: Femenino Masculino Fecha:

3 Nombre (s) Apellido paterno Apellido materno

Domicilio:

4 Calle Número exterior Número interior Colonia

5 Delegación o municipio Entidad federativa

Teléfono: Correo electrónico:

Solicitud de Atención: Queja, Felicitación, Sugerencia o Solicitud de Gestión

En el siguiente espacio describa de forma clara y precisa su solicitud incluyendo datos importantes como fechas, personas involucradas, lugares y hechos.

6

Firma o huella digital

Aviso de Privacidad
Sus datos personales serán protegidos en términos de lo dispuesto por la Ley en los Lineamientos de Protección de Datos Personales emitidos por el Instituto Federal de Acceso a la Información Pública, publicados en el Diario Oficial de la Federación el 30 de septiembre de 2005.
"Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido su uso para fines distintos a los establecidos en el programa"

REVERSO

Para llenado exclusivo del Departamento de Evaluación de Calidad de la Atención Médica (DECAM).

- 1) Indique con un su **género**.
- 2) Indique la **Fecha** en que elabora la solicitud de atención.
- 3) Indique su **nombre y apellidos**.
- 4) Indique los datos de su **domicilio**.
- 5) Indique su **Número telefónico y/o Correo electrónico**.
- 6) Describa en forma clara y precisa su Solicitud, incluyendo datos importantes como son: **Nombre del Servicio y/o Área en la que sucedieron los hechos. Fechas, Nombre de las personas involucradas**, lugares y narración de los hechos y por último su firma o huella digital.

Puede asistir al Módulo de Atención al Usuario, ubicado a un costado de la salida de pacientes, donde le atenderemos personalmente.