

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios de Sinaloa	Código: COEPRISS-RCIS-02.01	 COEPRISS COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE SINALOA
	Centro Integral de Servicios		
	Denuncia Sanitaria	Hoja 1 de 3	

Número de Ingreso (Uso Exclusivo COEPRISS)	Municipio donde se recibe la denuncia
	Fecha de recepción de la denuncia

1. Datos de Recepción de la Denuncia.	
Persona que Recepciona la Denuncia:	
Asignación:	
Medio de Recepción:	

2. Denuncia De:	
☐ Establecimiento	☐ Producto
☐ Publicidad	
☐ Otros (Especifique): _____	

3. Datos del Denunciante.	
Nombre(s):	
Primer Apellido:	
Segundo Apellido:	
Teléfono:	
Correo Electrónico:	

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios de Sinaloa	Código: COEPRIS-RCIS-02.01	 COEPRIS COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE SINALOA
	Centro Integral de Servicios		
	Denuncia Sanitaria	Hoja 2 de 3	

4. Datos del Fabricante, Distribuidor o Establecimiento donde compró el producto.	
☐ Fabricante ☐ Establecimiento ☐ Distribuidor	
RFC (Opcional):	Vialidad:
Denominación/Razón Social:	Entre vialidades (Tipo y Nombre):
Localidad:	Teléfono:
Municipio:	Extensión:
Número Interior:	Tipo Y Nombre de la Colonia o Asentamiento Humano:
Número Exterior:	

5. Datos del Producto (sí aplica).		
Nombre el producto:	Número de Registro Sanitario (Sí cuenta con el):	
Marca:	Uso del Producto:	
Presentación:	Fecha de Caducidad:	/ /
Número De Lote:	Fecha de Adquisición:	/ /
¿Cuenta con el Producto?:	Si ☐	No ☐
En Caso de Ser Negativo Indicar si lo Devolvió:	Si ☐	No ☐

6. Para el caso de Publicidad, favor de proporcionar la siguiente información:						
Nombre de la publicidad:						
Seleccione el medio publicitario:						
☐	Internet:	Ruta o URL:			Fecha:	/ /
☐	Periódico:	Nombre impreso del medio y página:			Fecha de publicación:	/ /
☐	Radio:	Captura el número de la estación (A.M. o F.M.):			Tipo:	Privado: ☐
						Público: ☐
		Fecha:	/ /	Municipio y/o Sindicatura:		
☐	Revista:	Nombre impreso del medio y página:			Fecha de publicación:	/ /
☐	Televisión:	Capture el número de canal:			Tipo:	Privado: ☐
						Público: ☐
		Fecha:	/ /	Municipio:		
☐		Hora:	De	a	Entidad Federativa:	

 SALUD SECRETARÍA DE SALUD	Comisión Estatal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios de Sinaloa	Código: COEPRISS-RCIS-02.01	 COEPRISS COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE SINALOA
	Centro Integral de Servicios		
	Denuncia Sanitaria	Hoja 3 de 3	

☐	Otro:	Descripción:	Responsable de la Publicación:
		Domicilio donde se adquirió la Publicación.	
		Código Postal:	Entre Vialidades (Tipo y Nombre):
		Tipo y Nombre de Vialidad:	Vialidad:
		Localidad:	Teléfono:
		Municipio:	
		Entidad Federativa:	Extensión:

7. Anexos.			
Seleccione el (los) Anexo (s) que Adjuntara a su Denuncia.			
Comprobante de pago	☐	Receta médica	☐
Contratación de servicio	☐	Factura de compra	☐
Otro (Especifique):			☐

8.Descripción de la Denuncia.
Razón de la Denuncia Sanitaria:

Declaro bajo presta sin perjuicio de las sanciones en las que puedo incurrir por falsedad de declaraciones dadas a una autoridad y acepto que la notificación de este trámite se realice a través del **Centro Integral de Servicios de COEPRISS**.

Firma Autógrafa del Denunciante

COMISIÓN ESTATAL PARA LA PROTECCIÓN CONTRA RIESGOS SANITARIOS DE SINALOA
 Para cualquier aclaración, duda y/o comentario con respecto a este trámite, llamar al centro de atención telefónica de **COEPRISS al 6677587000 ext. 40284, 40285, 40286, 40287, 40492**. O acudir a la oficina central ubicada en la Unidad de Gobierno, Blvd Alfonso Zaragoza Maytorena No. 2204 Norte, Primer Piso, Fraccionamiento Bonanza, C.P. 80020, Culiacán Rosales, Sinaloa.