

CLINICA JESUS DEL NORTE S.A.C
R.U.C 20517738701

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004869

FECHA: **29 / 07 / 2022**

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **DANIEL EZEQUIEL LONBICO BRANNO** E-MAIL: **d.constitucional0306@hotmail.com**

DOMICILIO: **calle los Lirios MZ. B. LT II, San Martín de Porres** TELEFONO: **966476332**

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (☒) DNI () CE () PASAPORTE () RUC Nº DOCUMENTO: **40712744**

2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

NOMBRE O RAZON SOCIAL: E-MAIL:

DOMICILIO: TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC Nº DOCUMENTO:

3. DETALLE DEL RECLAMO (En caso de no ser suficiente el espacio podrá continuar al reverso de la hoja)

El 29 de julio me presenté por emergencia con un estado crítico de Mareo, Vómitos y Vertigo, atendido por el Dr. GARCIA LOZARDO ANGELO, sin embargo en su primer diagnóstico señaló como Vertigo Paroxístico Benigno, reclamando al doctor que ese no es mi diagnóstico real ya que sufrí un episodio de vómitos por dos horas y Vertigo cóctico, en ese sentido exigi que se respete mi diagnóstico y al ver la negativa exigi hablar con la doctora de guardia a la Dra. L...

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR) SI (☒) NO ()

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

Agustín
3:46 am

[Firma manuscrita]

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

HOLA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Nº 004869

CLÍNICA JESUS DEL NORTE S.A.C.
R.U.C. 2051738701

Av. Carlos Izazuri 153 Independencia

FECHA: 29 / 07 / 2022

IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: DANIEL GREGORIO LOPEZ

DOMICILIO: Calle Los Olivos N° 8-11, San Mateo de Ica

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC
Nº DOCUMENTO: 1015114

2. IDENTIFICACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO (En caso de ser el usuario afectado no es necesario su llenado)

Señalando que por error se equivocó en no señalar mi
Pronóstico, cambiándolo por enfermedad de Meniere y
Vertigo paroxístico, en ese sentido mi redom o
se basa en que se me señala un diagnóstico que no es
y se pone como urgencia, Teniendo como antecedente
en la misma clínica y otras que siempre se considero
como emergencia por mi estado crítico que
ingreso, al no poder depender de mi mismo.

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL EMAIL CONSIGNADO (MARCAR SI (X) NO ())

5. FIRMA DEL RECLAMANTE (USUARIO, REPRESENTANTE O TERCERO LEGITIMADO)

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD

RECLAMANTE

DETALLE DE LA SOLUCION

Empty boxes for signature and details.