

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

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004764

FECHA: 05 / junio / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Jefferson Amadeo Mendez Carbajal E-MAIL: 012325976@gmail.com
DOMICILIO: Av Santa Callao Mz E H 19. TELEFONO: 948076300
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI (X) CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 42025384

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Carbajal Sulca Olivia (madre) E-MAIL: juanacarabajasulca@gmail.com
DOMICILIO: Av Santa callao Mz E H 19. TELEFONO: 929650728
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 08460587

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

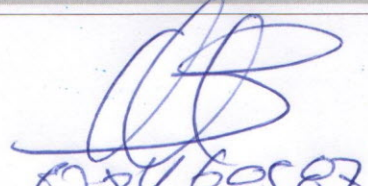
En un estado de emergencia en el cual el paciente identificado se acerca al presente establecimiento la Dra Martha Berenisse nos informa que no hay la especialidad cardiovascular por tal motivo no hay atención y debe ser llevado fuera del establecimiento, Atendiendo contra salud del paciente.

4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI (X) NO ()

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

Angela
Humari
708 am


08460587

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD