

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004782**

FECHA: **14 / 06 / 2022**

**1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO**

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Luis Eduardo Rojas Morales** E-MAIL: **Luis.Rojas@BCRP.GOB.PE**  
DOMICILIO: **Jr. Tayma 388 "La Flor" Carabaglo** TELEFONO: **972 055 678**  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC N° DOCUMENTO: **70514503**

**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 N° DOCUMENTO:

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

- No informaron el tiempo de espera para poder ser atendido.
- En la sala de espera no hay suficiente espacio para los pacientes en espera, no brindan comodidades al usuario.

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

SI ☒ NO ( )

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

**Dña  
Tayma  
1:26pm**



**6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO**

**DETALLE DE LA SOLUCION**

**RECLAMANTE**

**RESPONSABLE DE LIBRO DE  
RECLAMACIONES EN SALUD**