

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

HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004787

FECHA: 15 / 06 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL:

E-MAIL:

DOMICILIO:

TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:

() DNI () CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO:

10206811

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:

10119435

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

INADUADA CALIFICACION DE LA DOCTORA, DEBIDO A QUE SU ESTADO DE SALUD ES QUEJOSO A PUNTO QUE TIENE QUE ADMINISTRAR MEDICACION INTRAVENOSA, SIN EMBARGO INDICA URGENCIA. NO TIENE SENTIDO CUANDO SE ASERVO LAS COBERTURAS DE LA EPS.

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

SI ()

NO ☒

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

Gabriel
10:06 am
15/06/22

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD