

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

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

Nº 004822

FECHA: 07 / 06 / 2022

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Yoela Ruth Barrios Figueroa E-MAIL: Yoela Barrios@hotmail.com
DOMICILIO: Jr. Union 724 Comas TELEFONO: 994997449
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: 44859071

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

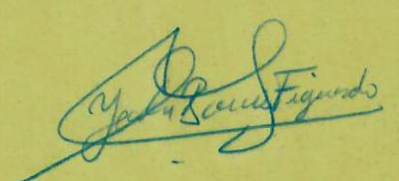
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Yoela Ruth Barrios Figueroa E-MAIL: Yoela Barrios@hotmail.com
DOMICILIO: Jr. Union 724 Comas TELEFONO: 994997449
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: (X) DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO:

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

mi esposo llegó a las justas a la cochera de la clínica bajo a los justas no podía caminar entonces le dije que traería una silla ruedas y fui a emergencias y nadie me pudo ayudar los vigilantes me negaron me dijeron que vaya a admisión y igual me negaron igualmente aun diciéndoles el mal de mi esposo pidiéndoles ayuda a todo de peticiones y el señor vigilante me nego viendo el estado de mi esposo el cual su dolor empeoró y llegando a Emergencias tuve que pedir y se demoraron

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

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



8 y 5 de la noche

6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD