

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004802

FECHA: 30 / 06 / 22

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Delmira De Paz Quiro

E-MAIL: delmira_22@hotmail.com

DOMICILIO: Urb. Las Alisos H2 A 4 10

TELEFONO: 916718895

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: () DNI () CE () PASAPORTE () RUC

Nº DOCUMENTO:

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: Delmira De Paz Quiro

E-MAIL: delmira_22@hotmail.com

DOMICILIO: Urb. Las Alisos H2 A 4 10

TELEFONO: 916718895

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)

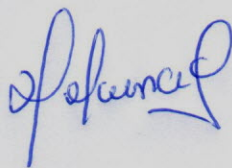
Pesima atención Dra: Romani Montero Lourdes
1- No usa guantes al atender al paciente
1- Atende de mala gana, no pregunta lo q tiene el
paciente. Enfo con punto dolor de garganta, y me indica que es
un resfriado común otorgandome 4 medicamentos para el respio!!!

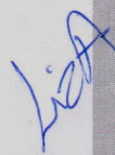
4. AUTORIZO NOTIFICACION DEL RESULTADO DEL RECLAMO AL E-MAIL CONSIGNADO (MARCAR)

SI (X) NO ()

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

Deberían evaluar
al personal q trabajan
ya que perjudica a la
Clínica su atención





6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE
RECLAMACIONES EN SALUD