

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

**Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia**

**HOJA DE RECLAMACIÓN  
EN SALUD**

**Nº 004816**

FECHA: **04 / 07 / 22**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Milagros del Pilar Fernandez Atoche** E-MAIL: **Militafernandez@gmail.com**  
DOMICILIO: **Av. Colectora 120 LT4 Villa de los** TELEFONO: **959225038**  
DOCUMENTO DE IDENTIDAD: **( ) DNI ( ) CE ( ) PASAPORTE ( ) RUC** N° DOCUMENTO: **41834036**

**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)**

El día 03/07/22 a las 18:19 horas me atendió en la clínica, ingresando por dolor general y estomacal, el doctor indicó medicamento a la cena, al momento de calmarse la vía la licencia de la mano causó mucho dolor y daño emocional a mi persona, le pedí que retire la vía. el día de hoy 04/07/22 acudí a urgencia para la debida atención por mala praxis. Recibiendo una pésima atención de parte del médico indicando que me pongo hielo me uso afectado al 100% ya que yo trabajo con mis manos (Soy Cocinera) me han dañado la mano izquierda por lo que necesito el daño causado.

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

SI ☒ NO ☐

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

**Dona  
ZONA  
7:57 PM**

**Milagros del Pilar Fernandez**

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

**DETALLE DE LA SOLUCION**

**Solicitó Reparación Civil a mi daño causado a la Bursitis por el**

**RECLAMANTE**

**Milagros del Pilar Fernandez**

**RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD**