

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

Av. Carlos Izaguirre 153 Independencia

FECHA: **03 / 08 / 2022**

**HOJA DE RECLAMACIÓN
EN SALUD**

Nº 004760

1. IDENTIFICACION DEL USUARIO O TERCERO LEGITIMADO

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Jennifer Fiorela Huillo boca** E-MAIL:

DOMICILIO: **Dr. Simon bolivar Carabayllo** TELEFONO:

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: ☒ DNI () CE () PASAPORTE () RUC N° DOCUMENTO: **72316342**

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

NOMBRE O RAZON SOCIAL: **Luis Pacheco Castolin** E-MAIL: **leotony-11@hotmail.com**

DOMICILIO: **Pss. Buenos Aires El Agustino** TELEFONO: **977 748 303**

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)

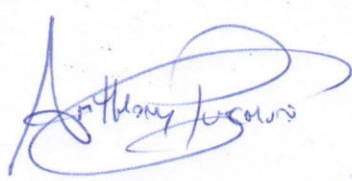
Ingresamos a emergencia en Horas 9:00 AM, indicando tener una dolencia en el vientre, y su diagnostico fue de ingreso a sala de operaciones para una cirugía (legrado) el cual indicaron un promedio de espera de 2 Horas para el ingreso a sala de operaciones, llevamos 9 horas esperando dicho ingreso, sin obtener información alguna del motivo o circunstancia por la demora. el medico encargado es el Dr. Wilfredo Barrios cop. 26873

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

SI ☒ NO ()

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

Diana Poma
6:57 PM



6. SOLUCION A SU RECLAMO A TRAVES DE TRATO DIRECTO

DETALLE DE LA SOLUCION

RECLAMANTE

RESPONSABLE DE LIBRO DE RECLAMACIONES EN SALUD